H. Louis ROCHER
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

BORDEAUX
IMPRIMERIE MODERNE
A. DESTOUT aîné & Cie
139, rue Sainte-Catherine et 8, rue Paul-Bert
1907

Dr H. Louis ROCHER

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TITRES SCIENTIFIQUES

Préparateur d'histoire naturelle P. C. N. au laboratoire du Professeur Gruvel, chef des travaux.

Externe des hopitaux de Bordeaux, 1896 à 1898.

Interne des hopitaux de Bordeaux, 1898 à 1902.

Moniteur d'accouchements a la Faculté de Médecine, 1900-1901.

Aide d'anatomie a la Faculté de médecine, 1899 à 1901.

Prosecteur adjoint a la Faculté de médecine, 1901-1902.

Docteur en médecine, 1902.

Chef de Clinique chirurgicale infantile, 1902-1903-1904.

Chirurgien des hopitaux de Bordeaux, 1904.

Membre de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.

Membre de la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de Bordeaux.

~~~

Lauréat de la Faculté de médecine :

1898. Concours de 3e année : 1er prix : Médaille d'argent.

1900. Concours de 4e année : Mention très honorable.

1901. Prix de la ville de Bordeaux : Médaille de vermeil.

1902. Prix Godard des Thèses : 2e prix : Médaille d'argent.

~~~

Lauréat des hopitaux :

Prix de l'internat : *Médaille d'or* (1901).

Prix du docteur Levieux (1902).

Lauréat (*bis* : 2e prix) de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.

SERVICES RENDUS A L'ENSEIGNEMENT

CONFÉRENCES D'INTERNAT, 1902-1903. En collaboration avec le Professeur agrégé Gentes.

CONFÉRENCES DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE, 1902-1903-1904.

ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE OPÉRATOIRE comme prosecteur attaché au laboratoire du Professeur Masse.

SERVICE HOSPITALIER

SUPPLÉANCE du Service de chirurgie de l'hôpital Pellegrin, vacances 1903 et 1904.

SUPPLÉANCE de Services de chirurgie à l'hôpital Saint-André, vacances 1903 et 1905.

COLLABORATEUR DE LA *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — *ANATOMIE*

Etude anatomique d'un ectromélien double. Société d'anatomie de Bordeaux, 26 octobre 1903.

L'absence congénitale complète des deux membres supérieurs avait apporté les modifications suivantes au point de vue anatomique dans la ceinture scapulaire :

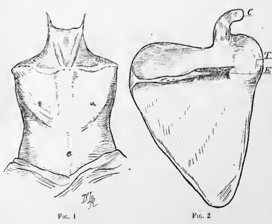


Fig. 1 Fig. 2

1° Le développement d'une tubérosité : *tête scapulaire*, à la place de la cavité glénoïde; tête recouverte d'un mince fibrocartilage et destinée à l'insertion, au niveau de sa périphérie,

des muscles qui normalement s'insèrent sur la tête humérale, excepté le petit rond (*fig. 1 et 2*).

2° La formation d'un centre tendineux que je dénomme *tendon arqué* pour l'insertion des muscles scapulo-thoraciques qui normalement s'insèrent sur le tiers supérieur de la diaphyse, plus le petit rond (*fig. 3*).

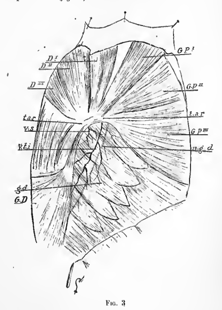


Fig. 3

3° La diminution de volume et l'atrophie des muscles dont le changement d'insertions a déterminé la diminution ou la suppression presque totale de leur fonction.

4° La formation de muscles surnuméraires (omo-coracoïdien,

acromio-claviculaire); anomalies de forme (muscle grand dorsal digastrique) et d'insertions (grand dentelé, petit pectoral).

5° Des modifications vasculaires et nerveuses (épanouissement en bouquet des vaisseaux sous-claviers et du plexus brachial).

6° Le développement d'une scoliose dorsale à convexité droite, une légère atrophie des clavicules.

Anomalies de l'appareil excréteur du rein. Duplicité incomplète de l'uretère gauche. Dilatation ampullaire de l'uretère droit. Soc. d'anat. de Bordeaux, 4 décembre 1899.

Ces anomalies ont été rencontrées à l'autopsie d'une enfant de trois ans. Les deux uretères gauches se réunissaient à 3 centimètres de la vessie; en haut, ils s'abouchaient dans deux bassinets; deux artères rénales (la supérieure étant la plus importante), nées séparément de l'aorte, desservent le rein. La dilatation ampullaire de l'uretère droit n'était liée à aucun obstacle inférieur.

Muscle épitrochléo-cubital. Soc. d'anat. de Bordeaux, 21 mai 1900. En collaboration avec le Dr Désourteaux.

Contribution à l'étude du palmaire cutané chez l'homme. Soc. d'anat. de Bordeaux, 19 novembre 1900.

Recherches concernant surtout la vascularisation et l'innervation de ce muscle.

Disposition anormale de l'insertion du mésentère. Soc. d'anat. de Bordeaux, 26 octobre 1903.

Il s'agit d'une disposition rare, relevant d'un processus anormal d'accolement du feuillet gauche du mésentère au péritoine pariétal avec disparition sur un certain trajet de tout méso. Il suffit d'examiner les figures 5 (disposition normale) et 6 (disposition anormale du mésentère) pour en saisir le mécanisme.

L'insertion bicoudée du mésentère à la paroi postérieure de l'abdomen se fait suivant la ligne C F E D (*fig. 4*). Au point F, l'intestin grêle adhère à la fosse iliaque comme le duodénum à la paroi postérieure de l'abdomen, et ne possède pas de méso sur une étendue de 2 centimètres environ. En deçà et au delà de ce point, le mésentère apparait sur l'intestin : sur le bout

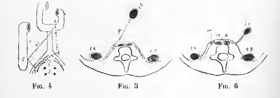


Fig. 4 — Fig. 5 — Fig. 6

duodénal, il gagne vite sa hauteur à peu près normale ; sur le bout cæcal, il présente au plus 5 à 6 centimètres de hauteur et correspond à 6 ou 7 centimètres d'intestin.

Anomalie de l'artère méningée moyenne. Soc. d'anat. de Bordeaux, 4 décembre 1899.

Anomalie consistant dans sa naissance sur le côté externe de l'artère ophtalmique ; elle se dirige en avant et, après 1 centimètre de trajet, fournit la lacrymale, puis se recourbe et, dans

ce trajet rétrograde, traverse la fente sphénoïdale à sa partie externe, passe au-dessous de la petite aile du sphénoïde et s'épanouit sur la face externe de la dure-mère.

Quelques considérations sur la persistance du trou de Botal chez l'enfant. Soc. d'anat. de Bordeaux, 4 décembre 1899.

Étude et dissection anatomique de deux pieds bots varus. *Bulletin de la Société de Pædiatrie de Bordeaux*, 26 janvier 1904.

Ces pièces proviennent d'un enfant de six mois, atteint de spina bifida dorso-lombo sacré et porteur également d'une laparocèle par aplasie musculaire. Nous étudions la disposition des os, des muscles (et leurs anomalies), des vaisseaux et des nerfs (énorme hypertrophie du nerf tibial postérieur). Nous faisons ressortir la grande importance pathogénique du spina bifida dans le développement de ces pieds bots.

Rate bilobée. Soc. d'anat. de Bordeaux, 31 juillet 1899.

Une longue scissure, longitudinale, divise complètement la rate en deux lobes, sauf au niveau de son pôle supérieur, de telle sorte que l'organe simule un V renversé à larges branches rapprochées. La disposition des vaisseaux et des mésos de la rate est modifiée du fait de la configuration de l'organe.

Rates surnuméraires chez l'enfant. Soc. d'anat. de Bordeaux, 28 septembre 1903.

Elles se rencontrent fréquemment chez les enfants ; plus tard, elles s'atrophient, régressent. Nous les avons rencontrées souvent au hile de la rate, dans l'épiploon gastro-splénique et dans le grand épiploon. La figure 7 représente deux corpuscules spléniques présentant une disposition en chapelet ; la figure 8, un petit lobule splénique en rapport avec la queue du pancréas.

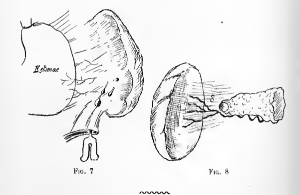


FIG. 7 FIG. 8

Muscle digastrique occipito-facial. Soc. d'anat. de Bordeaux, 29 juin 1903.

C'est là le nom d'un muscle anormal rentrant dans la catégorie des muscles peauciers du cou et de la tête et dont nous n'avons pas trouvé jusqu'à cette date la citation dans la littérature anatomique.

Comme l'indique la figure 9, il s'étend dans un long trajet

sinueux de la protubérance externe au risorius ; il se compose de deux portions musculaires réunies par un tendon intermédiaire. Le *chef occipital* s'insère en arrière par des fibres tendineuses se confondant et se fusionnant avec les fibres d'insertion du trapèze à la ligne courbe occipitale supérieure. Le *chef facial*,

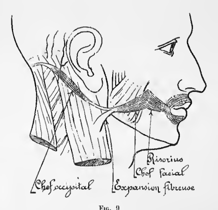


Fig. 9

d'aspect triangulaire, est en rapport par sa base avec le risorius, et les fibres de ces deux muscles se pénètrent mutuellement. Il présente une expansion fibro-musculaire qui gagne le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Ce muscle digastrique représente un type d'anomalie complexe.

Des anomalies à peu près similaires de chacun des chefs *envisagés séparément* ont été décrites et étudiées par Chudzuiski, Schultze, Santori et Cruveilhier.

~~~
~~~

Note sur certains ganglions lymphatiques du testicule. *Gaz. heb. des Sc. méd. de Bordeaux*, 9 septembre 1901.

En disséquant les éléments du cordon d'un testicule atteint de cancer (la section du cordon avait été faite au niveau de l'anneau inguinal supérieur), nous avons rencontré, au-dessous de la fibreuse, dans leur traversée inguinale, trois ganglions lymphatiques néoplasiques. L'examen clinique du malade ne nous avait pas informé de leur existence et nous n'avions également senti aucun ganglion dans la région lombaire.

C'est là un siège anormal des ganglions du testicule ; nous ne croyons pas qu'il ait été signalé déjà. Ce fait est à rapprocher de celui observé par Cunéo ; cet auteur rencontra trois ganglions le long des lymphatiques du testicule, au cours de leur passage dans la fosse iliaque.

Cette constatation anatomique qui fait l'objet de notre travail est un argument de plus en faveur des interventions larges et hautes sur le cordon, en matière de castration pour cancer.

Anomalie bilatérale du biceps brachial. Chef huméral du biceps. Soc. d'anat. de Bordeaux, 30 juillet 1906.

II. — *CHIRURGIE GÉNÉRALE*

Amputation haute dans la gangrène par artérite chronique. Thèse de Doctorat, 1902, Bordeaux.

Ce travail, inspiré par notre maître le Professeur Demons, contient 141 observations, dont 43 personnelles ou inédites en constituent la base.

Nous ne saurions mieux indiquer l'état du traitement chirurgical de la gangrène dans ces dernières années qu'en rapportant quelques passages du chapitre premier intitulé : *Evolution des idées sur le traitement chirurgical de la gangrène :*

En réunissant en un faisceau toutes les opinions qui ont été émises, on voit combien il existe d'évidentes contradictions.

« Opérez, disent les uns avant la formation du sillon d'élimination ; opérez d'emblée et n'attendez pas que des phénomènes graves vous pressent d'agir. Plus vous attendez, plus le sujet s'intoxique du fait de sa gangrène, moins favorables sont pour vous les conditions d'intervenir, moins nombreuses sont les chances de réussir. »

« — N'opérez pas, disent les autres ; vous ne pouvez calculer sur le siège de l'amputation, le sphacèle ne s'étant point limité et pouvant même, après une phase apparente d'arrêt, remonter plus haut... Attendez ! car à mesure que le sillon d'élimination se creuse, il survient une amélioration générale dont il faut profiter. »

« — Mais, répondent les premiers, pendant que vous temporisez, êtes-vous sûr que la résorption purulente et toxique qui épuise et mine votre malade ne marchera pas plus vite que le processus de délimitation et d'élimination ?... Vous aggravez par vos délais la situation de l'état général. »

Ce n'est point seulement la question de temps opportun qui est agitée, mais celle aussi du siège de l'intervention.

Pour une même gangrène, on voit préconiser par différents chirurgiens l'amputation du pied, de la jambe ou de la cuisse.

De telle sorte que nous posons dès le début de cette étude le problème suivant: Doit-on opérer les gangrènes? Quand et comment faut-il les opérer?

Après avoir dit ce qu'était le traitement de la gangrène avant la période antiseptique, nous montrons les hésitations des premiers interventionnistes, puis nous donnons les idées des différents chirurgiens qui ont écrit sur la question, aussi bien en France qu'à l'étranger, en joignant les résultats obtenus (François, Trudeau, Follin, M. Raynaud, Salze, Spillmann, H. Henry, Lejars, Jeannel, Lacq, Verneuil, Reclus, Forestier, Tedenat, Forgue, etc..., J. Hutchinson, Billroth, Heidenhain, Z. von Manteuffel, Dobson, Bellingham, Smith, Landow, etc.).

Dans le chapitre second, nous rapportons nos *observations* en les classant d'après le territoire intéressé.

Indications opératoires

Les indications opératoires se déduisent de l'examen de trois importants facteurs: 1° la douleur; 2° l'état du membre atteint de gangrène; 3° le retentissement sur l'état général.

1° Nous étudions le symptôme *douleur* aux différentes périodes de l'affection et dans toutes ses modalités, notamment la claudication intermittente.

Par son intensité, par sa persistance, par les tourments horribles qu'elle impose au malheureux patient sans possibilité souvent de soulagements, elle devient une indication de premier ordre; nombre de malades réclament eux-mêmes l'amputation.

Souvent il y a disproportion entre l'étendue du sphacèle et l'intensité des douleurs. Nous avons vu des malades porteurs seulement d'une gangrène du gros orteil souffrir d'une façon aussi aiguë que d'autres dont le sphacèle s'étendait à tout le pied et à une partie de la jambe.

Dans certains cas, ces malades, en proie à d'atroces souffrances, se tiennent, plus ou moins longtemps, *assis sur le bord du lit, la jambe pendante*, cette position pouvant seule les soulager; c'est là un signe sur lequel, depuis plusieurs années, notre maître, le Professeur Demons, a attiré l'attention de ses élèves.

Au point de vue pathogénique, la douleur relève de trois facteurs principaux: l'insuffisance d'irrigation artérielle, la névrite et, plus tard, l'infection surajoutée du membre.

L'amputation haute supprime radicalement la douleur; on ne s'étonnera donc pas que nous insistions, au point de vue *indication opératoire*, sur l'importance de cette *douleur, si intense et si rebelle.*

2° *L'étendue du sphacèle et son évolution plus ou moins rapide, la trophicité du membre au-dessus de la lésion, l'état des artères et le niveau de leur oblitération* seront autant de

points à examiner, pour décider de la nécessité de l'intervention et de son siège.

En général, comme nous le faisons remarquer avec Cair, la gangrène évolue systématiquement, et l'étendue de ces lésions est en rapport avec l'importance du ou des territoires artériels frappés.

La gangrène peut frapper un ou plusieurs orteils; elle peut les frapper tous, et le sillon d'élimination est en tout semblable, comme forme et direction, au tracé opératoire que l'on pratique dans la désarticulation simultanée des orteils.

Partant des orteils, elle peut s'avancer peu à peu et gagner la face dorsale du pied, s'étendant jusqu'à l'articulation médiotarsienne ou à l'articulation des chevilles. Elle progresse soit par continuité, soit par plaques disséminées. Si le processus s'arrête là, il est intéressant de voir comment la gangrène épargne la plante des pieds plus vasculaire et sépare les parties sphacélées des parties vivantes en formant des lambeaux cutanés analogues à ceux que nous faisons dans les amputations diverses du pied.

La gangrène dépasse-t-elle ces limites, tout le pied est envahi et l'on peut voir certains sillons d'élimination suivre d'une façon assez exacte les lignes du Syme ou du Guyon.

Quand la gangrène frappe le pied et la jambe, elle subit au-dessous du genou un arrêt qui est dû à la richesse vasculaire de la région et à la présence du cercle vasculaire péri-articulaire du genou. Les gangrènes qui remontent plus haut sont rares et d'une excessive gravité.

Les voies collatérales sont dans les membres des voies de garage pour le torrent sanguin; les cercles vasculaires péri-articulaires sont des systèmes de défense contre l'envahissement de la gangrène. On comprend donc leur importance dans la limitation du sphacèle.

Il résulte de nos dissections, des constatations anatomo-pathologiques relevées dans les observations de notre travail, de l'examen clinique et particulièrement de la recherche du pouls artériel sur le membre gangrené que l'étendue du sphacèle est proportionnelle à celle de l'oblitération artérielle.

A l'oblitération de la tibiale postérieure dans son tiers inférieur, à celle de la tibiale antérieure correspond une gangrène de l'avant-pied (gangrène des orteils, gangrène du dos du pied).

A l'oblitération simultanée des artères de la jambe (tibiales et péronière) correspond une gangrène du pied, mais ne dépassant jamais l'interligne tibio-tarsien.

Si l'oblitération atteint la poplitée et la fémorale, sans dépasser et intéresser la fémorale profonde, le sphacèle envahira tout le pied, pourra remonter plus haut; en tout cas, des troubles circulatoires importants apparaîtront dans la moitié inférieure de la jambe.

Lorsque l'oblitération artérielle atteint l'iliaque externe, l'iliaque primitive même, la gangrène pourra remonter jusqu'au genou, le dépassant très rarement.

Ces considérations schématiques ne s'appliquent qu'à la généralité des cas ; elles rencontrent quelques exceptions, Tel est le cas de ce malade, porteur d'une gangrène du talon chez lequel on percevait à peine les battements de la fémorale à la base du triangle de Scarpa : mais le pied avait une teinte asphyxique et était le siège de violentes douleurs. Le pied était en imminence de sphacèle. Etant données ces circonstances, sur les indications du Professeur Demons, l'amputation de cuisse à la partie moyenne fut pratiquée.

Enfin il importe de savoir qu'au-dessus de la zone de gangrène, il existe un territoire plus ou moins étendu du membre possédant une insuffisante trophicité et sur lequel une cause même minime (traumatisme accidentel ou opératoire, infection) suffira à détruire l'équilibre vital des tissus, instable à ce niveau, et de ce fait à faire progresser les lésions de gangrène.

Nous insistons particulièrement sur le rôle néfaste de l'infection transformant la gangrène jusqu'alors sèche et aseptique en gangrène humide et septique.

3° *Retentissement de la gangrène sur l'organisme.*

Dans le foyer frappé de mortification, tous les éléments, tous les tissus qui constituent la matière vivante subissent une série

de transformations et de modifications qui peuvent aboutir à la formation de toxines hyperthermisantes (Gangolphe, Courmont, Montalti) ou hypothermisantes (Lépine).

Après la fièvre aseptique, la fièvre septique; celle-ci sera beaucoup plus grave. Les longues suppurations au niveau des membres, cette lente et continuelle résorption des toxines et des microbes qui fusent dans les interstices celluleux et dans les vaisseaux (lymphatiques et veines), retentissent fâcheusement sur les sujets en état de dénutrition et sur leurs principaux viscères déjà altérés (foie, rein).

Le retentissement de la gangrène sur l'état général est prouvé par l'indicanurie, l'albuminurie, qui disparaissent ou diminuent nettement après l'amputation.

A côté du délire infectieux, il faut mentionner dans la gangrène le délire relevant soit de la douleur (accès paroxystiques), soit de l'intoxication par les produits nécrobiotiques de la gangrène (Arloing, Lépine), soit de troubles dans la circulation cérébrale dépendant de l'artério-sclérose.

Traitement de la gangrène

Il est des gangrènes localisées, superficielles, siégeant le plus souvent aux orteils, sur le dos du pied, que l'on n'opérera pas. Le traitement par les antiseptiques, l'eau oxygénée, etc,.., les guérit. Il faudra surtout s'abstenir d'interventions économiques, car souvent elles sont suivies de récidive de gangrène dans les lambeaux.

Lorsque le sphacèle a envahi un territoire plus étendu, la question doit être envisagée à deux points de vue : La *gangrène est aseptique ou plutôt non infectée;* la *gangrène est infectée.*

Dans ce second cas, il convient, avant tout, de supprimer la source de l'infection et d'opposer un traitement radical à la gangrène, qui prend la forme humide et une marche envahissante. Des interventions tentées dans des cas particulièrement graves ont été suivies de guérison complète et rapide (Dobson); une des principales conditions de succès opératoire est de pratiquer une amputation haute, loin du foyer septique.

La *gangrène est-elle aseptique*, l'amputation se présente à nous sous trois aspects : elle peut être faite *primitivement, secondairement ou tardivement.*

L'amputation tardive, opération économique par excellence, consiste dans la régularisation du travail d'élimination naturelle : elle se borne à détacher un membre ne tenant plus que par l'os ou quelques lambeaux de parties molles.

L'amputation secondaire se pratique lorsque la gangrène s'est limitée et que le sillon d'élimination l'a circonscrite. Elle se pratiquait autrefois dans le mort même, plus tard on la fit aux confins du mort et du vif, aujourd'hui on la pratique à distance du sillon.

Si la gangrène a frappé l'avant-pied, si le malade n'est point sous le coup de complications infectieuses et toxiques, ou soumis à des douleurs excessives, on devra attendre le sillon d'élimination avant que d'intervenir, car on ne sait pas si la gangrène restera ou non localisée à cette région. Et si tout l'avant-pied, se sphacèle, nous préconisons dans la plupart des cas l'amputation de jambe au lieu d'élection.

Quant à l'amputation primitive, c'est-à-dire celle que le chirurgien pratique au cours de l'évolution de la gangrène sans attendre la formation du sillon d'élimination, elle s'appliquera aux cas de gangrène ayant envahi tout le pied et, à plus forte raison, ayant dépassé ce segment. Dans ce cas, l'amputation de cuisse sera l'opération de choix. Divers procédés opératoires ont été préconisés : amputation transcondylienne de Carden, amputation sus-condylienne ostéoplastique de Gritti, amputation dans le tiers inférieur. M. le Professeur Demons recommande et a toujours pratiqué l'amputation au tiers moyen.

Ces considérations thérapeutiques sont basées sur les relevés statistiques des 141 observations de notre thèse.

Les succès par les interventions basses et économiques ne sont pas douteux, ils existent ; cependant, dans certains cas, ils ne sont pas durables. Les interventions basses, surtout celles qui sont pratiquées avant la formation d'un sillon d'élimination bien net, sont le plus souvent suivies d'une récidive du sphacèle ;

celui-ci est souvent d'un grave pronostic, a une marche rapide et nécessite une intervention plus élevée. « L'histoire est banale, dit Forgue, de ces vieux à qui, pour une gangrène des orteils, on fait successivement un Lisfranc, un Chopart, un Pirogoff, puis qu'on ampute au lieu d'élection à la jambe et dont il faut, devant la récidive du mal, couper la cuisse. »

L'amputation haute, au contraire, assure aux lambeaux une vitalité et une nutrition suffisantes ; elle est une garantie contre toute récidive prochaine ou éloignée de la gangrène dans le moignon.

En présence d'une gangrène, le chirurgien devra tenir compte, dans l'appréciation du siège de l'amputation, du niveau de l'oblitération artérielle, mais surtout de l'état de trophicité du membre au-dessus de la lésion, fonction du degré de suppléance par les voies collatérales : c'est ainsi que s'expliquent les bons résultats que l'on pourra obtenir avec des amputations basses.

Il est des gangrènes que nous dénommons *paradoxales,* en raison de leur peu d'étendue comparée à celle, très vaste et très prononcée, des lésions athéromateuses et des oblitérations artérielles.

Ne pas sentir la pulsation de la fémorale dans la région crurale ne constitue pas nécessairement une contre-indication opératoire.

L'anesthésie sera prudente et de courte durée, l'hémostase obtenue par simple compression digitale de la fémorale plutôt que par la bande d'Esmarch ; le cathétérisme des artères préconisé par Sevoreanu ne présente aucun avantage bien net.

L'œuvre du chirurgien sera complétée par le traitement médical pour essayer d'enrayer la marche des lésions artérielles et éviter la récidive du sphacèle dans le moignon ou sur l'autre membre.

Tout ce qui a été dit au sujet des indications opératoires, au sujet du moment et du siège de l'intervention, s'applique exactement au traitement de la gangrène du membre supérieur, beaucoup moins fréquente.

Gangrène des orteils; amputation transmétatarsienne; sphacèle des lambeaux; amputation de Chopart; guérison. En collaboration avec le Dr Fraikin. Soc. d'anat. de Bordeaux, 15 avril 1901.

Kyste dermoïde de la région mammaire. *Revue de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*, 1901, p. 275.

La littérature médicale est pauvre en observations de pareils kystes. A côté de celle que nous avons recueillie dans le service de M. le Professeur Demons, nous citerons celles d'Albers, de Velpeau, d'Hermann, de Reverdin et Mayor, de Gussenbaüer.

L'observation qui sert de base à ce travail concerne une femme de cinquante-trois ans.

Apparition, à l'âge de huit ans, dans la partie externe de la région pectorale, un peu au-dessus de la glande, d'une petite tumeur qui était adhérente à la face profonde de la peau; accroissement régulier. A quarante-trois ans, traumatisme; la tumeur évolue plus rapidement. A cinquante-trois ans, elle a le volume du poing et prend connexion avec la glande; extirpation de la tumeur.

Kyste à paroi blanchâtre contenant une masse blanc jaunâtre, friable, d'odeur aigrelette rappelant l'acide butyrique. Examen microscopique: kyste dermoïde à revêtement épidermique pavimenteux stratifié, reposant sur du tissu conjonctif fasciculé, à faisceaux parallèles à la surface du kyste; ni poils, ni glandes sudoripares ou sébacées.

Étant donnée l'origine péri-mammaire primitive de la tumeur nous la rattachons, au point de vue pathogénique, à la persistance d'un des germes mammaires décrits par Schmidt et Kallius (1896), chez l'embryon humain, le long de la ligne lactée de Schultze.

« Si l'un de ces points évolue normalement et parallèlement

au bourgeon qui donnera la mamelle normale, la *mamelle supplémentaire* se trouve constituée. Si, au contraire, ces débris épithéliaux restent inclus, sans ne subir aucun développement, à une époque ultérieure ils pourront proliférer et donner naissance au *kyste dermoïde*. »

D'après Williams, les mamelles normales correspondraient à la quatrième paire de bourgeons mammaires.

Notre kyste dermoïde, développé au-dessus du sein normal, correspondrait, au point de vue ontogénique, à la troisième mamelle.

Carcinome hémorragique développé sur un nœvus vasculaire. Soc. d'anat. de Bordeaux, 30 avril 1900. En collaboration avec le Professeur W. Dubreuilh.

L'observation point de départ de ce travail concerne une femme de cinquante-deux ans, porteur d'un angiome de la région sous-orbitaire droite empiétant sur la paupière inférieure, datant de la naissance; à quarante-huit ans, transformation maligne; à cinquante-deux ans, tumeur bourgeonnante, très vasculaire, noirâtre, grosseur d'une noisette; ganglions indemnes.

Extirpation et blépharoplastie (Demons); deux récidives consécutives et rapides; deux extirpations nouvelles.

Les nœvi qui dégénèrent en tumeurs malignes sont généralement des nœvi charnus plus ou moins pigmentés et la tumeur à laquelle ils donnent naissance est une tumeur franchement mélanique, sinon dans la tumeur primitive, du moins dans les métastases et les récidives. Dans le cas présent, le nœvus primitif était purement angiomateux et la tumeur maligne qui en est résultée était angiomateuse elle-même et hémorragique. L'aspect macroscopique de cette tumeur brunâtre, pseudo-mélanique s'explique par l'infiltration diffuse et extrêmement abondante de sang dans la tumeur.

Au point de vue microscopique, la tumeur est essentiellement

formée par des cellules polymorphes à gros noyau ovalaire, à protoplasma finement granuleux. Ces cellules ne contiennent pas trace de pigment... Les vaisseaux sont larges et nombreux... Dans la plus grande partie de la tumeur, les cellules néoplasiques sont dissociées par une abondante infiltration de sang, de telle sorte que le sang occupe sur la coupe un espace à peu près égal à celui du néoplasme lui-même.

Epithélioma de la cloison du nez. Soc. d'anat. de Bordeaux, 7 mai 1900.

Corps étranger de l'œsophage. Soc. d'anat. de Bordeaux, 2 avril 1900.

Cancer massif de l'estomac. Jéjunostomie. Soc. d'anat. de Bordeaux, 24 septembre 1906.

De quelques erreurs dans le diagnostic des hernies. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, mars-avril 1901. En collaboration avec le Dr Verdelet.

Cette étude porte sur huit observations inédites recueillies presque toutes dans le service de notre maître, le Professeur Demons.

Dans un premier chapitre, concernant les erreurs possibles au sujet de la hernie non étranglée, nous rapportons une observation de *lipome du cordon au centre duquel se trouvait un diverticule séreux*, et deux observations de *varices de la saphène interne* à propos desquelles nous étudions les signes différentiels entre la dilatation ampullaire de la crosse de la saphène et la hernie crurale.

Dans un deuxième chapitre, nous rapportons quatre observations de *lipome préherniaire enflammé ou sphacélé.*

Au point de vue local, telles étaient les lésions : Obs. VI, aucune trace bien marquée d'inflammation ; — Obs. IV, VII, lipomes fortement congestionnés présentant par places des plaques violacées et noirâtres d'infiltration sanguine ; — Obs. V, lipome sphacélé, baignant au milieu du pus et de débris sphacélés très fétides ; dans cette cavité il s'était même formé des gaz,

Un signe permettra d'éviter l'erreur de diagnostic : c'est la perméabilité constante du tube digestif au début de l'inflammation et de l'étranglement de ces lipomes.

Le péritonisme s'explique par l'irritabilité de la séreuse au voisinage du foyer inflammatoire. Les lésions de péritonite qui siègent au voisinage de l'orifice herniaire se produisent soit par propagation lymphatique, soit par ce fait que, dans certains cas, il existe un léger diverticule péritonéal souvent déshabité qui prend part à l'inflammation et la déverse plus ou moins rapidement dans la cavité péritonéale s'il n'en est pas complètement séparé.

L'Observation VIII a pour titre : *Phénomènes d'étranglement herniaire simulés par une hydrocèle enkystée du canal vagino-péritonéal.*

L'Observation IX concerne une *adénite de Cloquet aiguë* ayant simulé une hernie étranglée.

En pareilles circonstances, nous concluons avec le Professeur Duplay : « Dans les cas douteux, l'opération ne doit pas être retardée. »

~~~~

Hernie étranglée du côlon transverse et de tout l'épiploon. Appendice géant. Soc. d'anat. de Bordeaux, 24 septembre 1906.

Tout le grand épiploon et le côlon transverse qui avait été entraîné par celui-ci étaient contenus dans le sac herniaire inguinal droit. Disposé sous la forme d'U, le côlon transverse
~~~~

était très développé et allongé; de plus, le niveau des angles coliques, notamment celui de droite, était très abaissé, Le côlon ascendant ne présente qu'une très petite hauteur. L'estomac tiraillé par le grand épiploon a subi une véritable dislocation : le corps vertical forme avec l'antre du pylore un angle aigu ouvert en haut.

Hernie ombilicale volumineuse. Soc. d'anat. de Bordeaux, 8 mai 1899.

Tumeur épiploïque contenue dans un sac herniaire. Soc. d'anat. de Bordeaux, 18 juin 1900. En collaboration avec le Dr Verdelet.

Grosse tumeur du volume d'une orange, formée par le pelotonnement et l'enroulement de l'épiploon sur lui-même, probablement autour d'un noyau primitif d'épiploïte chronique.

Les strates s'aperçoivent nettement à la périphérie, nous avons pu dérouler ainsi, en déchirant leurs adhérences, les premières couches périphériques de la tumeur; à la partie centrale, le tissu de l'épiploon forme une masse grisâtre, avec infiltration sanguine par place.

Le terme de tumeur en tête de notre communication ne signifie point néoplasme, puisque l'examen histologique nous a démontré simplement des lésions d'épiploïte chronique.

Corps étranger du péritoine. Soc. d'anat. de Bordeaux, 9 janvier 1899.

Frange graisseuse épiploïque ou colique infiltrée de phosphates terreux, détachée et libre dans la cavité péritonéale.

Volumineux lipome du cordon spermatique. Soc. d'anat. de Bordeaux, 3 décembre 1900. En collaboration avec le Dr Fraikin.

C'est là un cas clinique intéressant par les nombreux diagnostics émis avant l'intervention. Le véritable ne fut fait qu'après incision du scrotum. La difficulté de pareil diagnostic est notée par P. Reclus, Sarazin, Gross, Karewski.

Volumineux lipome pesant 4 kil. 850, englobant dans sa partie inférieure le testicule recouvert de sa vaginale. Les vaisseaux, nerfs et canal déférent sont dissociés par la tumeur; on les retrouve au sommet de celle-ci, groupés en un seul faisceau pour former le cordon.

Il existait en même temps, en bas et en dehors de la tumeur principale, un gros nodule hémisphérique, dur : fibrome fasciculé probablement développé aux dépens des éléments fibreux du ligament scrotal.

Sur un cas de pyonéphrose compliquée d'abcès paranéphrétique. Soc. d'anat. de Bordeaux, 16 janvier 1899.

Il s'agit d'une vaste poche pyonéphretique contenant neuf litres de liquide; en arrière de cette poche kystique se trouvait une deuxième collection purulente brunâtre (deux litres) dont la cavité était tapissée de fausses membranes épaisses.

La malade, dans son transport à l'hôpital, était tombée sur le ventre : d'où explication de cet épanchement paranéphrétique causé par une fissure de la poche pyonéphretique. L'uretère coudé, aplati et comprimé était perméable au stylet.

Fibrome de l'ovaire ; douleur ovarienne. *Revue de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*, juin 1900, p. 316.

C'est, nous le croyons, un symptôme très rarement rencontré dans l'histoire des fibromes de l'ovaire que celui de la sensibilité ovarienne, *sui generis*, constatée à la pression au niveau de la tumeur. En la comparant à la douleur ovarienne du côté sain, la douleur à la pression de la tumeur était de même nature, mais moins intense. Un tel fait ne peut s'expliquer que par la persistance des fibres nerveuses, en plus ou moins grand nombre, au milieu de l'ovaire fibromateux.

Dans le cas présent, toute cause d'interprétation erronée (inflammation ovarienne, péritonéale, compression du plexus sacré) n'existait point.

A l'occasion, la douleur ovarienne constatée au niveau d'une tumeur fibreuse du petit bassin permettrait de la différencier au point de vue de son origine (ligament rond, ligament large, utérus). Mais, comme nous le disons, ce sera là un symptôme exceptionnellement rare : le fibrome n'est pas douloureux.

~~~~~~

Déchirure traumatique du foie. Laparotomie; tamponnement; mort quarante-huit heures après l'accident. Soc. d'anat. de Bordeaux, 18 mars 1901. En collaboration avec le Dr Verdelet.

Au niveau de la face supérieure, en cette région du foie qui est le point le plus saillant de la convexité hépatique, autrement dit au point de réunion des faces supérieure et droite du foie (Symington), se trouve une déchirure dirigée dans le sens antéro-postérieur, longue de 15 centimètres, profonde de 7 centimètres, comblée par du sang coagulé. Celle-ci ne fut pas vue, ni sentie au palper au cours de l'intervention, et ce fait prouve que la simple laparotomie médiane peut être insuffisante
~~~~~~

pour les recherches et la cure des plaies de la face convexe du foie.

La situation et la direction de la plaie indiquent que celle-ci a dû se produire par plicature de l'organe, ou, pour parler plus exactement, il semble que le traumatisme ait eu pour but de diminuer et de fermer l'angle à peu près droit que forment les faces supérieure et droite du foie.

Fracture du maxillaire supérieur gauche intéressant le sinus maxillaire; anesthésie dans le domaine du nerf sous-orbitaire. Soc. d'anat. de Bordeaux, 5 novembre 1900.

Fracture de l'omoplate par coup de pied de cheval et fracture ancienne de la clavicule non consolidée. Soc. d'anat. de Bordeaux, 4 février 1901.

Luxation acromio-claviculaire droite complète avec déchirure du chef claviculaire du deltoïde. Soc. d'anat. de Bordeaux, 23 avril 1900.

Fractures du carpe (étude anatomo-pathologique). In Thèse Mourgues, Bordeaux 1902.

Au moment où nous fîmes écrire cette thèse par notre ami, le docteur Mourgues, il n'existait que quelques travaux sur cette question (Hœfliger, Ross et Wilbert). Des observations isolées commençaient à paraître sur ces lésions, mais on peut dire que ce sont les expertises nombreuses suscitées par la loi sur les accidents du travail qui ont fait naître du chaos confus

des traumatismes du poignet cet intéressant chapitre des fractures du carpe.

Les rayons X sont venus depuis en démontrer la fréquence.

Sur un total de 60 cas qui sont colligés, 43 concernent le scaphoïde. Les lésions du scaphoïde comprennent les fissures, les arrachements et les *fractures* proprement dites et se rencontrent souvent avec une lésion de la partie inférieure des os de l'avant-bras.

Ce travail comprend 5 observations qui nous sont personnelles de fracture isolée du scaphoïde droit et 2 autres de fracture du scaphoïde s'accompagnant, l'une d'arrachement de la pointe de l'apophyse styloïde radiale et l'autre, de fissures de l'épiphyse inférieure du radius.

Fracture du scaphoïde. Soc. d'anat. de Bordeaux, 5 mai 1902.

Ancienne fracture trouvée sur le cadavre; les deux fragments sont revêtus de fibro-cartilage sur les deux faces de section; absence complète de tout cal fibreux.

Dissection d'une articulation radio-carpienne ayant subi une résection atypique. Soc. d'anat. de Bordeaux, 5 mai 1902.

L'articulation médio-carpienne, très lâche, supplée par sa mobilité l'articulation radio-carpienne ankylosée.

Un cas de polydactylie; pouce surnuméraire gauche avec son métacarpien. Soc. d'anat. de Bordeaux, 19 mars 1900. En collaboration avec le Dr Verdelot.

Nous rappelons les constatations anatomiques provenant de la dissection de ce pouce.

Arrachement de l'index et du médius et de leur tendon fléchisseur profond correspondant. Soc. d'anat. de Bordeaux, 8 octobre 1906.

Les tendons étaient arrachés sur une longueur de 32 centimètres.

Arthrite déformante de la hanche et du genou. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 29 avril 1901.

Fracture de la rotule; rupture du ligament rotulien; appareil plâtré approprié. Soc. d'anat. de Bordeaux, 26 novembre 1900.

Au bout de vingt et un jours, réunion parfaite des deux fragments osseux par un cal fibreux; de plus, on sent un cordon assez épais réunissant la pointe de la rotule à la tubérosité antérieure du tibia. Nous présentons un modèle d'appareil plâtré, facile à confectionner et permettant la contention et le rapprochement des fragments rotuliens, appareil qu'à cette date nous avons employé deux fois avec bon résultat.

Fracture du tiers inférieur du tibia et du col du péroné; lésion du nerf sciatique poplité externe. Soc. d'anat. de Bordeaux, 29 avril 1901.

Luxation complète de l'astragale gauche; astragalectomie. Soc. d'anat. de Bordeaux, 17 mars 1902. En collaboration avec le Professeur Piéchaud.

L'astragale avait subi un mouvement de rotation autour de son axe antéro-postérieur, portant sa surface malléolaire externe

au-dessous du tibia. En même temps il était subluxé en avant et saillait sous la peau, la menaçant de gangrène. Extirpation. Guérison opératoire.

Deux cas d'hallux valgus. Radiographie ; pathogénie du pied plat avec l'hallux valgus. Soc. d'anat. de Bordeaux, 24 avril 1899.

Diastasis de l'articulation du genou gauche par rupture traumatique du ligament latéral interne. Soc. d'anat. de Bordeaux, 25 mars 1901.

Chute d'un poids de 100 kilogrammes sur la face externe du membre en légère abduction.

Déformation marquée du membre en genu valgum, avec légère torsion de la jambe en dehors. Guérison complète constatée deux mois après.

Un cas d'hallux recurvatum. Soc. d'anat. de Bordeaux, 5 mai 1902.

Varices volumineuses du membre inférieur. Soc. d'anat. de Bordeaux, 4 février 1901.

Résection de 41 centimètres de saphène interne pour ulcères variqueux de la jambe. Cicatrisation rapide de ceux-ci. Soc. d'anat. de Bordeaux, 19 septembre 1904.

L'un des ulcères au niveau de la malléole interne présentait en hauteur 15 centimètres, en largeur 8 à 9 centimètres; l'autre,

de dimensions plus restreintes, siégeait sur la malléole externe.

La saphène fut réséquée depuis son embouchure à la fémorale jusqu'au milieu du mollet, point où les téguments commençaient à présenter des troubles trophiques.

La veine fendue dans toute sa longueur ne présentait aucune valvule. Le point vraiment curieux de cette observation est l'extrême rapidité avec laquelle se cicatrisèrent les ulcères. Le jour de l'intervention, l'ulcère malléolaire interne, qui avait subi, dans les jours précédents, l'application de pansements antiseptiques pour le déterger, présentait simplement en pleine surface bourgeonnante, deux îlots blanchâtres qui devaient être probablement deux points d'épidermisation ; or le quatrième jour après l'intervention, ce vaste ulcère était recouvert d'un épithélium rosé, fin et satiné, encadré par les bords calleux surélevés de l'ulcère.

Cette observation est pour nous l'occasion de rappeler les heureux effets des résections veineuses dans les varices et les ulcères variqueux encore peu en usage à cette époque.

~~~

Ulcère variqueux malléolaire interne. Résection totale de la saphène interne et d'une partie de ses collatérales. Soc. d'anat. de Bordeaux, 24 septembre 1906.

Ulcère mesurant 10 cent. 5 de longueur sur 7 de large. Un fait que nous avons déjà constaté dans plusieurs de nos interventions est la rapidité de l'épidermisation post-opératoire. Le procédé que nous avons employé est celui qu'ont si nettement exposé le Professeur Terrier et Aglavo (*Revue de Chirurgie*, 1906).

Cette communication date de l'époque où la rachi-cocaïnisation semblait devoir devenir une méthode assez courante d'analgésie pour les interventions sur les membres inférieurs et la région sous-ombilicale. Cette méthode, concluons-nous, d'anesthésie
~~~

par la cocaïne, employée à doses convenables, injectée bien aseptiquement, pourra présenter des avantages chez les sujets ayant subi de grands traumatismes des membres inférieurs ou de l'abdomen, chez ceux pour qui l'on craint une anesthésie par le chloroforme ou l'éther, à cause de la défaillance de l'organisme et des lésions pulmonaires, cardiaques et rénales.

Le premier malade, hectique, déprimé, semblait devoir ne pas résister au shock opératoire et anesthésique ; il était albuminurique, hyposystolique, présentait de la congestion pulmonaire (cocaïne en injection : 4 centigrammes). Amputation de jambe ; guérison parfaite.

Le second malade succombe au shock traumatique et à l'hémorragie sous-péritonéale abondante, le soir de l'intervention (cocaïne en injection : 4 centigrammes). L'autopsie révèle une fracture double verticale typique du bassin à gauche, une fracture transversale du sommet du sacrum et une déchirure de la face antérieure de la vessie près de son sommet.

Variations du pouls chez un malade opéré dans la région carotidienne. Soc. d'anat. de Bordeaux, 7 janvier 1901. En collaboration avec le Dr Fraikin.

Deux interventions à la cocaïne (en injection lombaire): Ostéo-arthrite suppurée du pied ; déchirure de la vessie par fracture du bassin. Soc. d'anat. de Bordeaux, 19 novembre 1900.

III. — *CHIRURGIE INFANTILE*

TÊTE ET COU

Angiome caverneux encapsulé développé dans le muscle orbiculaire des paupières. En collaboration avec M. Ch. Lafon. Soc. d'anat. de Bordeaux, 11 novembre 1906.

Les angiomes primitifs des muscles striés sont rares ; d'après le Professeur Reclus et Magitot (*Rev. de Chir.*, mai 1906), il n'en existe qu'une soixantaine de cas ; ils s'observent presque toujours au niveau des membres, quelquefois au niveau du tronc ; ils surviennent soit spontanément soit après un traumatisme. Ce facteur étiologique est noté un trop grand nombre de fois dans l'histoire de ces malades, notamment chez le nôtre, pour qu'on ne voie là qu'une simple coïncidence (Reclus). Il agirait probablement, en provoquant une prolifération des vasa-vasorum et des capillaires irrités par le traumatisme. Cependant, dans notre observation il ne peut passer inaperçu que cet angiome musculaire s'est développé dans une région bordant, lors du développement embryonnaire, une importante fissure, le long de laquelle apparaissent d'autres malformations congénitales beaucoup plus fréquentes (kystes dermoïdes, méningocèle, encéphalocèle).

Le cas que nous rapportons concerne un homme de cinquante-deux ans, chez lequel, à l'âge de vingt ans, après un violent coup de tête de cheval, apparut au niveau de la tête du sourcil gauche une tumeur qui fut prise par nous avant l'opération, étant donnés son siège, ses caractères cliniques et son évolution, pour un kyste dermoïde. Nous en pratiquâmes l'extirpation ; les rapports de la tumeur avec le muscle, son examen macroscopique et histologique (Sabrazès) nous démontrèrent sa nature véritable.

Un cas d'encéphalome. Soc. d'anat. de Bordeaux, 8 décembre 1902.

Enfant portant à la racine du nez une tumeur pédiculée, dure, élastique, non réductible et peu douloureuse au contact. Pas de liquide par la ponction. Dans la narine, on voit un prolongement de la tumeur adhérent aux os propres du nez.

La tumeur extérieure fut extirpée (Piéchaud) après ligature du pédicule. L'orifice osseux de sortie pour la tumeur était situé entre l'os nasal et l'apophyse montante du maxillaire.

Méningocèle cranienne située au niveau de la fontanelle de Gerdy et fissure palatine. Soc. d'anat. de Bordeaux, 26 octobre 1903.

La difficulté du diagnostic fut grande dans ce cas, notre examen clinique nous faisait pencher vers le kyste dermoïde; les constatations autopsiques et l'examen microscopique (Sabrazès) vinrent démontrer notre erreur.

Fibro-lipome de l'oreille. Soc. d'anat. de Bordeaux, 8 décembre 1902.

Bec-de-lièvre complexe bilatéral avec saillie prononcée de l'os incisif ; quelques considérations embryologiques sur la pathogénie du bec-de-lièvre. Soc. de gyn., d'obst. et de pæd. de Bordeaux, 24 novembre 1903.

Fissure palatine. Staphylorraphie. Guérison. Soc. d'anat. de Bordeaux, 16 novembre 1903.

Nous insistons à propos de ce cas sur l'importance de l'éducation phonétique dans les cas où il existe des malformations du massif facial, des cavités nasales, de la voûte palatine, entraînant une gêne extrême de l'articulation des sons, malgré la perfection du résultat opératoire.

Grenouillette sublinguale chez un nouveau né. Soc. d'anat. de Bordeaux, 16 janvier 1905.

Angiome médian de la langue en avant du V lingual. *Bulletin de la Société de pædiatrie de Bordeaux,* 9 juin 1903.

Enfant de onze ans, présentant en avant du V lingual un angiome ayant causé, à deux ans d'intervalle, deux hémorragies d'origine traumatique, assez abondantes. Electrolyse bipolaire : séance de trois minutes ; intensité maxima, 30 milliampères : guérison.

Rareté d'un tel siège pour l'angiome ; il peut être classé dans la catégorie des angiomes fissuraux de Virchow, la région du V lingual étant le lieu de soudure des trois bourgeons linguaux.

Il nous est difficile de dire si l'angiome s'est développé dans la muqueuse ou le tissu musculaire ; en tout cas, il nous a semblé qu'il devait pénétrer entre les deux génio-glosses, car dans le mouvement de projection en avant de la langue, les deux muscles se contractant exprimaient la tumeur comme une éponge et faisaient jaillir le sang hors de la bouche par une fissure de l'angiome.

A propos du kyste salivaire parotidien. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 et 19 mars 1905.

Il n'existait dans la littérature médicale à la date où nous fîmes ce travail que trois observations véritablement probantes de kystes salivaires de la parotide : deux de Morestin (*Bull. de la Soc. anatomique*, 1902 et 1903, une de Bouchaud (*Gazette des hôpitaux*, 1878).

Les autres observations de Ricard, de Bérard, de Desprez, d'Anger, de Mollière nous offrent beaucoup moins de garanties, étant dépourvues d'examen chimique et histologique.

Notre observation, qui fait la base de ce travail, peut se résumer brièvement ainsi : bébé âgé de dix-huit mois, porteur depuis l'âge de dix mois d'un petit kyste parotidien droit, actuellement du volume d'un œuf de pigeon. Le diagnostic de l'affection avait été aidé par l'examen du liquide retiré à la ponction, qui était du mucus. Nous en fîmes l'extirpation à travers une incision oblique suivant le bord postérieur de la branche montante du maxillaire. Le kyste était situé en plein tissu parotidien. L'*examen chimique*, pratiqué par le Professeur Denigès, révéla dans le liquide, filant, visqueux, louche, ressemblant à de l'eau albumineuse trouble et contenant des grumeaux blanchâtres, l'existence des principes caractéristiques de la salive, de sulfo-cyanure, de peroxydase salivaire. Le liquide saccharifie l'amidon et renferme par suite de l'amylase ; il contient, en outre, de la mucine.

Au point de vue *histologique*, la paroi comprend trois zones : une zone épithéliale, cylindrique, pluristratifiée sur presque toute la surface du kyste, contenant quelques cellules muqueuses et présentait des dépressions en cul-de-sac, siège d'une prolifération cellulaire active.

Une zone conjonctive dont la partie interne, formée de tissu conjonctif serré, contient les invaginations épithéliales déjà citées et des cavités kystiques secondaires, aplaties, simples ou ramifiées, indépendantes de la grande cavité kystique.

Une zone glandulaire, formée par les acini glandulaires parotidiens, enlevés en même temps que le kyste, étant donnée l'absence de zone de clivage. Certains canalicules excréteurs sont dilatés ; cet état de dilatation paraît être le résultat de la compression du kyste sur les voies excrétrices voisines de celui-ci.

Quant aux invaginations épithéliales, aux cavités kystiques secondaires contenues dans la paroi conjonctive, elles doivent être envisagées comme des émanations de la paroi épithéliale du kyste proligère. au même titre que celles qu'on rencontre dans la paroi d'un kyste ovarien.

Au point de vue de la *pathogénie* du kyste salivaire, il faut rejeter les théories de Suzanne et de von Hippel (rétention de la sécrétion glandulaire dans les petits conduits) invoquées pour la grenouillette ; il ne saurait s'agir, dans aucune des observations rapportées, de dilatation du canal de Sténon par oblitération accidentelle ou congénitale,

Une seule pathogénie concorde bien avec les faits observés et nos idées actuelles : c'est l'origine congénitale.

Il s'agit non point d'un kyste d'origine branchiale, mais d'un kyste d'origine glandulaire. Partageant complètement l'avis de Morestin, nous pensons, avec lui, que le *kyste salivaire se développe aux dépens d'un bourgeon glandulaire embryonnaire non utilisé ou arrêté dans son développement au moment de la formation de la parotide.*

De l'examen des différents cas, il résulte que la paroi kystique se compose d'une couche épithéliale formée d'une ou de plusieurs assises de cellules, celles-ci pouvant être cylindriques ou pavimenteuses, et d'une couche conjonctive pouvant contenir un plus ou moins grand nombre de vaisseaux sanguins et lymphatiques, des invaginations épithéliales tubulaires, en doigt de gant, et des petites cavités kystiques accessoires : tel est le résumé de nos constatations anatomo-pathologiques en général dans le kyste salivaire de la parotide.

Pourquoi cette diversité de structure au niveau de la couche épithéliale ? Elle dépend, selon nous, de l'état de développement et de spécialisation plus ou moins avancé des cellules

contenues dans le germe glandulaire arrêté en son évolution et, comme le dit Morestin, ces débris épithéliaux aboutissent parfois à des productions kystiques dont la paroi rappelle plus l'épithélium buccal que celui de la glande salivaire. Cette remarque pourrait s'appliquer aux différences constatées dans les examens du liquide kystique.

Le kyste salivaire de la parotide, que par analogie on peut dénommer *grenouillette parotidienne*, constitue au point de vue clinique une cavité kystique indépendante des voies salivaires, uniloculaire, qui fait corps avec le tissu parotidien, indépendante de la peau qui glisse sur elle. Le liquide qu'elle contient est sous plus ou moins forte tension, mais jamais il n'existe cette mollesse spéciale, fonction de la réductibilité partielle ou totale, que l'on rencontre dans les poches salivaires ou la dilatation des voies salivaires. Le kyste ne subit aucune augmentation de tension sous l'influence des repas.

On devra surtout envisager dans le *diagnostic* de cette affection le lymphangiome kystique de la parotide, l'adénite parotidienne tuberculeuse. Il nous faut mentionner également les kystes huileux, le kyste dentifère (Richet), les kystes hydatiques, les angiomes, les myxomes qu'on a également rencontrés dans cette région.

Au point de vue *traitement*, la ponction suivie d'injection, la fistulisation, l'incision simple, le séton sont aujourd'hui abandonnés. Le seul traitement logique est l'extirpation complète du kyste au bistouri; la dissection en sera délicate à cause de l'adhérence extrême du kyste au tissu parotidien, du voisinage d'organes importants qui traversent la parotide et particulièrement des filets du nerf facial.

Cysto-sarcome du masséter. Considérations cliniques sur les tumeurs de ce muscle et sur les sarcomes musculaires en général chez l'enfant. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 décembre 1904.

Le sarcome musculaire est rare chez l'enfant : nos recherches dans la littérature médicale ne nous ont permis d'en trouver qu'un nombre restreint d'observations (16). Garçons et filles sont également prédisposés. Au point de vue du siège de la tumeur, nous relatons : 1 cas de sarcome du tronc, 2 cas du cou et de la nuque, 6 cas concernant le membre supérieur, 7 cas le membre inférieur. Notre observation personnelle concerne un cysto-sarcome du masséter évoluant progressivement depuis trois ans chez un garçon de quatorze ans.

Les principaux caractères de la tumeur étaient la mobilité pendant l'état de repos du muscle, l'immobilisation, l'augmentation de la saillie pendant la contraction.

Plusieurs diagnostics pouvaient se poser : soit tumeur développée dans le prolongement antérieur de la parotide ou dans la parotide accessoire, ou soit tumeur du muscle masséter.

Les caractères cliniques de la tumeur nous firent adopter la seconde idée, mais il était difficile d'avoir quelque opinion sur la nature de celle-ci et le microscope nous démontra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules fusiformes avec dégénérescence kystique et infarctus hémorragiques. Son origine est, selon toute vraisemblance, le tissu conjonctif intra-musculaire, à moins que l'on invoque, vu l'âge du malade, une pathogénie congénitale et que l'on incrimine des îlots embryonnaires (éléments mésodermiques) appartenant au premier arc branchial.

Les tumeurs primitives du muscle masséter sont d'une excessive rareté. Signalons l'observation de Thomas : « Kyste sanguin sarcomateux », et de Borie qui, avec notre cas, constituent les trois observations de sarcomes que nous ayons rencontrées.

King a rapporté un cas de tumeur fibreuse du masséter et du temporal ; Poulet, un fibro-chondrome du masséter.

La rareté de cette localisation n'a rien qui doive nous surprendre, puisque Nothnagel sur 109 cas de sarcome musculaire n'en note que 2 au niveau de la tête.

Au point de vue du traitement, si le sarcome est intra-musculaire et nettement encapsulé, on peut espérer la guérison par une simple extirpation de la tumeur, pourvu qu'elle soit faite complète et sans morcellement. C'est la conduite que nous avons suivie dans le cas que nous rapportons en pratiquant une incision esthétique sous-angulo-maxillaire. Dans certains cas, la prudence recommandera l'ablation large du muscle. Lorsque la tumeur est diffuse et infiltre cependant un seul muscle, on devra faire l'extirpation totale de celui-ci. Si elle a acquis un important volume, si elle infiltre plusieurs muscles ou tout un segment de membre, c'est à l'amputation et à la désarticulation qu'il faudra s'adresser.

On ne devra pas perdre de vue ce fait, que quelquefois des interventions après récidive locale du sarcome ont été suivies de succès.

Anastomose spino-faciale pour paralysie faciale droite datant de dix ans. Soc. d'anat. de Bordeaux, 22 octobre 1906.

Nous avons pratiqué cette intervention, en employant la technique de Faure, chez une enfant de douze ans dont la paralysie était consécutive à une otite moyenne suppurée. Dix-neuf jours après, on constatait une légère contraction de l'orbiculaire des lèvres. Le cas est encore trop récent pour que nous soyons fixé sur le résultat définitif de notre opération. Nous avons appris que l'amélioration se faisait lentement, mais progressivement.

Ce cas est à rapprocher de celui d'Hackenbruch (1903) qui eut un heureux résultat chez une fillette de huit ans, paralysée depuis l'âge de trois mois.

Résection du maxillaire supérieur dans un cas de sarcome. En collaboration avec le Professeur Piéchaud. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 22 juillet 1904.

Ce malade, que nous avons présenté, est guéri depuis quatre ans.

~~~~

Traitement de l'abcès froid rétro-pharyngien par la voie cervico-latérale. En collaboration avec le Professeur Piéchaud. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1er juillet 1904.

Dans certaines circonstances, heureusement rares, le chirurgien en présence de troubles importants de la déglutition, de la respiration et de la phonation, peut être amené à intervenir dans le cas d'abcès froid rétro-pharyngien. Tel fut le cas d'une petite fille de neuf ans qui, atteinte de mal de Pott sous-occipital, présentait une volumineuse tuméfaction cervicale gauche se prolongeant du côté du pharynx sous la forme d'une grosse collection tendue et fluctuante. Des deux voies, pré et rétro-sterno-mastoïdienne, qui s'offraient à nous, ce fut la première qui fut choisie; passant alors en debors et en arrière du paquet vasculo-nerveux et de la masse inflammatoire qui l'entourait, on gagna la colonne vertébrale; puis, se glissant sous l'aponévrose prévertébrale, on put atteindre facilement l'abcès qui fut drainé.

~~~~

A propos du kyste dermoïde médian thyro-hyoïdien. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 19 octobre 1902.

Dans ce travail, nous en rapportons quatre cas personnels. Le chirurgien ne possède pas de symptôme révélateur lui permettant d'affirmer d'une façon sûre qu'il est en présence d'un

kyste dermoïde ou mucoïde [1]. La transparence est difficile à rechercher et peut induire en erreur.

L'extraction de ces quatre kystes a été facile, il n'existait aucun prolongement remontant derrière l'os hyoïde, ni adhérence intime à cet os. Rien de spécial sur le contenu et la structure du kyste en lui-même. Il est difficile d'en donner une interprétation pathogénique; de par leur nature, ils ne dépendent pas de l'ébauche médiane de la thyroïde. S'agit-il d'un pincement ectodermique entre deux arcs cheminant à la rencontre l'un de l'autre ou encore d'une inclusion au niveau d'une fente branchiale ayant évolué vers la ligne médiane? Faut-il admettre avec Veau, Petit, leur développement aux dépens de débris épithéliaux, résultant de la formation du sinus precervicalis? Ce ne sont là que des hypothèses, mais cette dernière nous paraît la plus acceptable.

Kystes médians congénitaux du cou. Soc. d'anat. de Bordeaux, 6 octobre 1902.

Lymphangiomes kystiques des régions parotidienne et frontale externe gauches. Soc. d'anat. de Bordeaux, 8 février 1904. En collaboration avec le Dr Rabère.

L'intérêt de la communication porte sur la rareté des kystes séreux congénitaux de la face et notamment de la région de la queue du sourcil où les dermoïdes sont si fréquents.

Comme pour l'angiome et le kyste dermoïde, on peut, pour le *lymphangiome de la queue du sourcil*, accepter la dénomination pathogénique de *fissuraire* comme caractérisant bien ces formations.

[1] Statistique du Professeur Lannelongue : 15 dermoïdes pour 3 mucoïdes.

COLONNE VERTÉBRALE

Considérations cliniques sur plusieurs cas de spina bifida. Soc. d'anat. de Bordeaux, 26 octobre 1903.

Dans ce travail sont rapportées huit observations personnelles que nous avons recueillies dans le service de notre maître, le Professeur Piéchaud.

I. Spina bifida dorso-lombo-sacré; hydrocéphalie, laparocèle et hernie lombaire congénitales, pieds bots varus.

II. Spina bifida dorsal supérieur.

III. Spina bifida lombo-sacré; genu varum et pied bot varus équin droits, fausse ankylose du genou gauche.

IV. Spina bifida lombo-sacré à tumeur fibro-lipomateuse.

V. Spina bifida lombo-sacré.

VI. Spina bifida dorsal avec néoplasme médullaire.

VII. Myélo-méningocèle du type Recklinghausen.

VIII. Mal perforant plantaire chez un enfant : spina bifida lombo-sacré.

Nous montrons combien sont variables l'aspect et la forme des spina bifida, l'étendue du rachischisis : l'un des cas concerne une fissure vertébrale s'étendant depuis la partie inférieure de la région dorsale jusqu'à la région coccygienne; deux autres sont des spina bifida à tumeur fibro-lipomateuse, l'un ayant contenu autrefois une cavité kystique, l'autre contenant un rudiment d'arc vertébral mobile. Nous signalons les troubles musculaires, les malformations congénitales concomitantes (pieds bots, genu varum, laparocèle et hernie lombaire, etc.), la difficulté de faire le plus souvent un diagnostic exact de la variété du spina bifida et de son contenu, et, comme conséquence, les dangers et les aléas du plus grand nombre des interventions pour spina bifida.

Partant de considérations anatomo-pathologiques, nous arrivons à diviser schématiquement, au point de vue clinique et opératoire, les spina bifida en deux catégories : les cas bénins et les cas graves.

Les premiers possèdent un petit volume, un orifice vertébral de petites dimensions, une enveloppe bien constituée de tissus résistants; pas ou peu de troubles nerveux, de malformations des membres; l'hydrocéphalie fait défaut avant l'intervention.

Les seconds, graves, présentent un volume important, un rachischisis étendu, des enveloppes minces, pellucides, enflammées, en voie de rupture, des troubles nerveux indiquant des malformations étendues de la moelle et des nerfs, de l'hydrocéphalie marquée.

La plupart des chirurgiens infantiles, en matière de spina bifida, sont de plus en plus conservateurs, non interventionnistes.

Il existe des spina bifida auxquels on ne doit pas toucher, soit qu'ils ne déterminent aucune gène et ne présentent aucun accroissement dangereux, soit qu'il s'agisse de certains spina bifida infectés en imminence de rupture ou déjà rupturés, le désastre opératoire étant assuré.

Il en est d'autres que l'on peut opérer et pour lesquels on obtiendra de bons résultats : ils constituent le petit nombre.

Sur un cas de myélo-méningocèle du type Recklinghausen. Soc. de Pædiatrie de Bordeaux, 25 mars 1901.

Ce travail tire son intérêt de la rareté de cette forme anatomique du spina bifida, dont nous rapportons en détail une observation. Il est constitué d'une enveloppe qui n'est autre que la *nappe médullaire extrophiée* (1), repoussée par la méningocèle kystique ventrale (8).

On constate les trois zones concentriques, *aire médullo-vasculaire, zone épithélio-séreuse, zone dermatique*. A la surface de la zone centrale, l'aspect velvétique est dû à des houppes vasculaires rappelant la disposition des plexus choroïdes pie-mériens. La zone centrale se compose de deux couches superposées : l'une dorsale, brunâtre, épaisse (1), représentant la substance grise;

l'autre ventrale, blanche (2), représentant la substance blanche. De celle-ci se détachent transversalement les racines motrices (11) et sensitives (12) qui se réunissent en nerfs rachidiens; ceux-ci gagnent les trous de conjugaison pour aller constituer le plexus sacro-coccygien (*fig. 11*). Artère spinale médiane (4) et artères spinales latérales (5) représentent ici, avec des rapports identiques, l'artère spinale antérieure et les artères spinales pos-

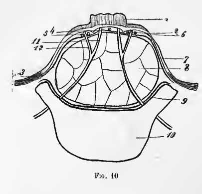


Fig. 10

térieures de la moelle normalement développée. La disposition des racines, les rapports qu'elles affectent entre elles, tout indique que l'on est en présence d'une moelle arrêtée au premier stade de son développement : stade de gouttière ou de nappe médullaire. L'examen microscopique a révélé la présence de cellules nerveuses au niveau de l'aire médullo-vasculaire.

La moelle normale n'adhère à la partie supérieure du sac que parce qu'elle se continue à ce niveau avec la nappe médullaire étalée. C'est là un fait qui était ignoré ou mal interprété de la plupart des chirurgiens avant les recherches modernes sur l'anatomie pathologique du spina bifida, et on s'explique alors comment l'extirpation du spina bifida aboutissant à une résec-

tion de la moelle était suivie, dans cette forme, fatalement, de paraplégie plus ou moins étendue.

Le rachischisis s'étendait depuis la quatrième lombaire jusqu'au coccyx.

Cet enfant de deux jours fut opéré par le Professeur Piéchaud : il y avait menace de rupture de la poche. Six jours après, il

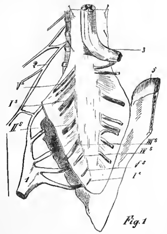


Fig. 11

mourait de méningo-myélite. Les convulsions agitaient seulement les membres supérieurs ; les inférieurs, qui possédaient une certaine motilité avant l'opération, restaient flasques et pendants. Nous insistons en terminant sur la gravité extrême de cette forme de spina bifida au point de vue pronostic vital et opératoire.

Spina bifida dorsal avec néoplasme médullaire. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 10 juillet 1903. En collaboration avec M. le Professeur Denucé.

Cette observation est un exemple intéressant montrant la complexité des malformations rachidiennes et médullaires, et cela malgré l'absence de tout retentissement extérieur (troubles nerveux moteurs ou trophiques, malformations congénitales, etc., etc.) qui puisse les faire soupçonner.

Pressé instamment par la mère d'opérer son enfant et de le délivrer de l'énorme tumeur qu'il portait dans le dos, ne trouvant, d'autre part, aucune contre-indication du côté de l'état général, mais n'ignorant pas cependant les surprises et la gravité de ces spina bifida haut situés, M. le Professeur Denucé intervint.

La tumeur, qui était à cheval sur la partie supérieure de la colonne dorsale, fut extirpée au bistouri. Elle était, comme le démontra l'examen histologique, composée de tissus de nature diverse et en particulier de tissu névroglique. Mais au moment de la pédiculisation, nous nous aperçûmes qu'elle était en rapport avec une autre tumeur intra-rachidienne. Une soie fut placée sur le pédicule. Nous fermâmes ensuite aussi bien que possible le sac méningé.

L'enfant perdit pendant l'opération une grande quantité de liquide céphalo-rachidien et c'est à cette cause que nous devons attribuer sa mort rapide.

La tumeur intra-rachidienne est couchée, accolée à la face postérieure de la moelle : elle a l'aspect d'un lobe médian cérébelleux, strié de circonvolutions transversales à substance grise externe.

Les arcs postérieurs sont soulevés par la tumeur; ils forment une large gibbosité. Ils sont, de plus, profondément troublés dans leur développement : certains sont dédoublés; les lames présentent une hauteur inaccoutumée, la plupart des lames sont fusionnées à leur extrémité postérieure et délimitent un petit

orifice ovale, donnant passage au pédicule réunissant les deux tumeurs extra et intra-rachidiennes.

Autre fait important, on note une *scoliose congénitale dorsale*, due à la fusion de plusieurs vertèbres entre elles, à la disparition de disques intervertébraux sur une partie ou la totalité de leur étendue, à la disposition cunéiforme de plusieurs corps vertébraux.

La déformation du segment antérieur des vertèbres ne s'accompagne d'aucune déviation latérale des arcs postérieurs.

Au-dessus et au-dessous, l'axe nerveux est normal.

Mal perforant plantaire chez un enfant; spina bifida lombo-sacré. Soc. d'anat. de Bordeaux, 3 novembre 1902. En collaboration avec le Dr Guyot.

Ce spina bifida est représenté par une tuméfaction largement étalée faisant à peine relief et rappelant la forme *occulta*. Il est constitué par une masse fibro-lipomateuse contenant un rudiment d'arc postérieur cartilagineux. Le mal perforant talonnier est, sans aucun doute, au point de vue pathogénique, sous sa dépendance. Une cause occasionnelle dont il faut également tenir compte est le talus déterminé par la parésie des muscles postérieurs de la jambe, comme l'a démontré leur hypoexcitabilité aux différents courants. Les lésions ayant gagné profondément le calcanéum, il fallut intervenir. Curage du calcanéum. La cicatrisation fut lente; mais la guérison fut obtenue.

Spina bifida sacré. Soc. d'anat. de Bordeaux, 13 juin 1904. En collaboration avec M. Rabère.

THORAX

Bronchoscopie supérieure pour l'extraction d'un noyau de prune de la bronche droite. En collaboration avec le Dr Lafite-Dupont. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 12 novembre 1905.

La méthode de Killian pour l'exploration des voies aériennes et de l'œsophage a ouvert un champ nouveau à la chirurgie. Aux yeux de certains praticiens elle peut paraître difficile ou téméraire, cependant sa facilité d'application, telle qu'elle ressort de notre observation, est une preuve que ces craintes sont injustifiées et que cette technique doit prendre place dans la pratique courante. La bronchoscopie supérieure pratiquée au moyen d'un tube passant par le larynx et la trachée, utilisant les voies naturelles ne crée aucun traumatisme, c'est donc une méthode de choix lorsqu'elle est possible. Pour l'anesthésie, chez l'adulte, la cocaïne suffit dans la plupart des cas; le chloroforme est indispensable à l'enfant, la cocaïne est dangereuse chez lui et la docilité difficile à obtenir.

L'observation que nous rapportons concerne une enfant de neuf ans, qui avait avalé depuis trente-trois jours un noyau de prune; celui-ci vint se loger dans la bronche droite, comme nous permirent de le diagnostiquer les signes cliniques. La radiographie et la radioscopie ne nous avaient donné par contre aucun renseignement précis. L'extraction en fut faite, avec le tube-spatule de Killian, introduit dans la glotte, sous chloroforme, dans la position de Rose. Cet instrument a permis de voir la bifurcation trachéale et le corps étranger logé à l'entrée de la bronche droite sans le secours d'un autre tube d'un calibre plus étroit.

A propos d'un cas de tuberculose de l'œsophage. Soc. de gyn., d'obstétr. et de péd. de Bordeaux, 12 janvier 1904.

A l'occasion d'un cas de tuberculose œsophagienne greffée sur un rétrécissement cicatriciel de ce conduit, nous étudions l'étiologie et la pathogénie de la tuberculose de cet organe.

La tuberculose de l'œsophage est une des plus rares localisations du bacille de Koch au niveau du tube digestif, et ce fait, contrôlé par les différentes statistiques, explique la brièveté des descriptions qui existent sur cette question dans les traités classiques.

Avec Krauss, nous divisons en six groupes les différentes formes de tuberculose de ce conduit.

Le premier groupe comprend les observations d'inoculation tuberculeuse par les crachats bacillifères déglutis. Tel est le cas de notre observation ainsi que celles de Breus, Eppinger, Zencker, Cordua, Frerichs, Mazotti, Flexner, Frænckel, Hasselmann.

Le deuxième groupe concerne les observations de tuberculose de l'œsophage dues à l'extension des lésions pharyngées bacillaires (Beck, Birch, Hirschfeld).

Le troisième groupe comprend les observations dans lesquelles des ganglions caséeux péri-bronchiques et médiastinaux ont propagé la tuberculose à l'œsophage par continuité directe ou par lymphangite.

Le quatrième groupe comprend les observations dans lesquelles la tuberculose de l'œsophage résulta de l'ouverture d'une collection prévertébrale d'origine pottique.

Le cinquième groupe concerne les cas de tuberculose œsophagienne résultant de l'ouverture de cavernes pulmonaires dans ce conduit.

Le dernier groupe concerne les observations de tuberculose de l'œsophage dont l'infection s'est faite par voie sanguine.

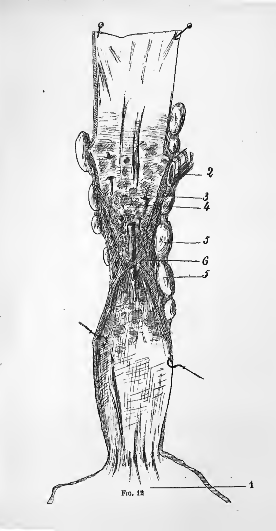


Fig. 12

Celle-ci se traduit par une éruption de tuberculose miliaire disséminée sur tous les organes.

En résumé, l'infection, au point de vue pathogénique, peut se faire par trois modes: infection par voie sanguine; infection par voie directe (déglutition de crachats chez les phtisiques); infection par propagation de lésions siégeant soit dans le pharynx, soit dans la zone péri-œsophagienne (appareil pleuro-pulmonaire, ganglions médiastinaux, colonne vertébrale).

Les auteurs se sont demandé, en présence du petit nombre de cas de tuberculose œsophagienne, quelles étaient les causes de cette rareté.

Il ressort de nos recherches que c'est surtout par voie directe (par déglutition de crachats tuberculeux) que se fait l'infection de ce conduit. Woichselbaüm et Schaschmann prétendent que la tuberculose est rare au niveau de cet organe, parce que les matières susceptibles de l'infecter ne font que traverser le conduit et n'ont pas le temps de se fixer sur la muqueuse, parce que l'œsophage est défendu par un épithélium épais et résistant. Or, on comprend que la coexistence de ces deux facteurs pathologiques: rétrécissement du conduit, lésions de l'épithélium, soit de la plus grande importance au point de vue de la genèse des lésions.

A côté de notre observation, qui est un exemple de tuberculose greffée sur les lésions d'œsophagite chronique cicatricielle, se placent deux observations de Zencker et de Cordua, concernant la tuberculose œsophagienne, développée sur les bords d'ulcérations cancéreuses

~~~

Kyste dermoïde médian présternal. Lymphangiome kystique présternal. *In* Thèse de Poingt, Bordeaux 1905.

Les kystes que l'on rencontre au niveau du sternum sont de trois ordres: dermoïdes, mucoïdes, séreux. Ils siègent le plus
~~~

souvent au niveau de la fourchette et de la première pièce sternale et peuvent se développer soit du côté du cou, soit du côté du thorax, ou même dans les deux directions, se plaçant à cheval sur le bord supérieur du sternum.

Le kyste dermoïde est assez fréquent : les deux autres variétés constituent des raretés.

Deux observations personnelles servent de base au travail que nous avons inspiré à notre élève et ami Poingt.

Abcès froid thoracique ayant pour origine une adénite mammaire interne consécutive à une bacillose pleuro-pulmonaire; scoliose pleurétique. Considérations sur son mécanisme pathogénique. Soc. d'anat. de Bordeaux, 22 octobre 1906.

Tuberculose thoracique d'origine pleurale à marche envahissante chez un enfant de quatorze ans. Soc. d'anat. de Bordeaux, 28 janvier 1906.

L'origine pleurale des abcès froids thoraciques est aujourd'hui bien connue depuis les travaux de Leplat, Souligous, Peyrot, etc. Si le cas que nous rapportons est classique par son mécanisme pathogénique, il sort véritablement de l'ordinaire des descriptions par son évolution particulièrement grave et envahissante.

Consécutivement à une pleurésie droite à évolution subaiguë se développe, dans le tissu conjonctif péri-pleural, un vaste tuberculome sous-costal qui se fraie au travers des espaces intercostaux de nombreux trajets déterminant sous les téguments de multiples foyers fongueux (*voir fig. 13*), En même temps, l'infection tuberculeuse évoluait du côté du poumon, déterminant des lésions de broncho-pneumonie corticale à la base des deux poumons. Les *lésions osseuses* que l'autopsie nous a révélées sont

secondaires : elles se sont produites, les unes par contiguïté des lésions tuberculeuses (sternum, vertèbres, têtes des côtes), les autres par propagation lymphatique (lésions des gouttières costales). Au point de vue de la marche très rapide des lésions qui ont fait le tour presque complet de la base du thorax, deux



FIG. 13

hypothèses sont admissibles : soit double lésion pleurale primitive, soit propagation des lésions dans le tissu cellulaire péripleural et prépéricardique, le long du vaste cercle lymphatique que constituent à la base du thorax les systèmes lymphatiques intercostaux réunis en avant par le réseau rétro-sternal.

Angiome de la région mammaire chez une fillette d'un an et demi. Soc. d'anat. de Bordeaux, 26 janvier 1903. En collaboration avec le Dr Charrier.

Volumineux angiome ayant envahi la presque totalité de la glande mammaire. L'électrolyse a été appliquée ici comme traitement de choix, dans le but de conserver, si possible, une partie de la glande.

ABDOMEN

Laparocèle et hernie lombaire congénitales. Soc. d'anat. de Bordeaux, 7 décembre 1903.

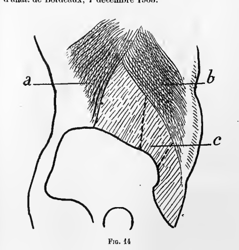


Fig. 14

Ce travail a pour baso l'observation d'un enfant de neuf mois atteint de spina bifida dorso-lombo-sacré; on constatait une saillie bilobée au niveau de la partie droite de l'abdomen; le lobo antérieur, du volume d'un gros œuf de poule, était situé on avant de l'épine iliaque antéro-supérieure; l'autre, postérieur, un peu moins volumineux, était séparé du précédent par un étranglement peu profond et siégeait au niveau du triangle de J.-L. Potit.

Leur saillie apparaissait seulement pendant l'offort. Un défaut de résistance de la paroi très accusé se notait au palper.

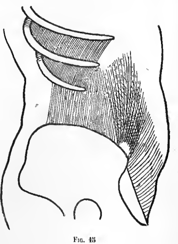


Fig. 15

La dissection nous a fait constater, au niveau des trois couches musculaires de l'abdomen, les anomalies suivantes: absence des faisceaux inférieurs du grand oblique (*voir fig. 14*); absence des faisceaux antérieurs et postérieurs du petit oblique (*voir fig. 15*); absence de la moitié inférieure du transverse

(*voir fig. 16*). Les portions musculaires absentes sont remplacées par un fascia fibreux, en continuité avec le muscle. La disposition de ces arrêts de développement sur les différentes couches musculaires explique l'aspect bilobé de cette éventration congénitale. Nous pensons, de plus, que *l'arrêt de développement* (évolution anormale des myotomes) *est primitif et la hernie secondaire*.

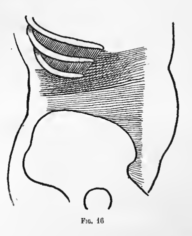


Fig. 16

Des faits de laparocèle et de hernie lombaire congénitales, auxquels il manque cependant la précision anatomique de notre observation, ont été rapportés par Chaplin, Macready, Mouro, Martin, Oscar Wyss, Giordans.

Emphysème de la paroi abdominale dans un cas de plaie pénétrante. Soc. d'anat. de Bordeaux, 3 novembre 1902.

Il s'agit d'une fillette de neuf ans qui, dans une chute à plat ventre sur une souche s'élevant à 10 centimètres au-dessus du sol, se fait une plaie pénétrante de l'abdomen, avec issue d'une longue frange épiploïque dans le trajet de la plaie. Dans une zone assez étendue de la paroi, tout autour de la plaie abdominale, il existe de l'emphysème sous-cutané qui ne doit pas être rapporté à une perforation intestinale, mais seulement à l'infiltration de l'air extérieur au moment du traumatisme au-dessous des téguments décollés par l'agent pénétrant. Intervention, guérison.

Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu. Soc. d'anat. de Bordeaux, 7 avril 1902. En collaboration avec le Dr Courtin.

De l'appendicite infantile à forme pelvienne et ilio-pelvienne. *Arch. génér. de méd.*, 27 février et 6 mars 1906.

C'est Dormoy qui, en 1897, inaugura la série des travaux sur l'appendicite pelvienne. Cette question a été reprise depuis par Bérard et Patel, Delanglade, Pauchet, Tixier et Gautier, Vautria, Chaput, Monod, Quénu, Régnier, etc.; dans les thèses de Chevalier, Esneaud, Magniez; dans les cliniques de Broca et de Kirmisson, sans compter les travaux étrangers d'Archibald, de Rottor, de Langemack, etc.

Je n'ai voulu envisager dans ce travail que ce qui particularise les deux formes d'appendicite : pelvienne et ilio-pelvienne, laissant de côté tout ce qui concerne en général cette affection,

notamment la pathogénie et l'histologie pathologique. Son point de départ ayant été trois cas observés chez des enfants dans le service de notre regretté maître, le Professeur Piéchaud, j'ai voulu restreindre mon sujet et n'étudier ces formes qu'au point de vue infantile.

Des considérations anatomo-cliniques sur l'appendice infantile et particulièrement sur l'appendice pelvien servent d'introduction à cette étude. Les statistiques de Fergusson, de Bérard, de Jacob, de Chevalier, de Tuffier et Jeanne sont discordantes au point de vue du pourcentage des appendices pelviens par rapport aux autres positions que peut occuper ce diverticule. Mais ceci n'a rien de surprenant, étant donnée la variabilité de position qu'il peut prendre chez le même sujet et à différents moments, suivant l'état de distension ou de vacuité des organes abdominaux et pelviens, suivant la position du sujet (station debout ou décubitus).

La situation pelvienne de l'appendice peut dépendre de plusieurs causes :

1° L'appendice présente, par rapport au cæcum, le type descendant. Il plonge dans l'excavation soit par le fait de sa longueur exagérée, le cæcum étant en position normale, soit par suite de la situation basse du cæcum, sans que celui-ci ne quitte la fosse iliaque.

2° Il existe une laxité congénitale des moyens de suspension de l'anse iléo-cæcale.

3° Il y a ectopie congénitale primitive du cæcum dans le pelvis (Recherches de Legueu, de Vallée).

4° Des adhérences prises pendant la vie intra-utérine existent entre l'appendice et les organes génitaux ; ceux-ci entraînent dans leur descente l'appendice soit dans le canal vagino-péritonéal s'il s'agit du testicule, soit dans le bassin s'il s'agit de l'ovaire.

5° L'accumulation de sécrétions pathologiques dans la cavité de l'appendice occasionnerait sa chute dans le pelvis, sous l'influence de la pesanteur (Hochenegg).

6° Enfin pour qu'un foyer pelvien se produise, il n'est point indispensable que l'appendice plonge dans l'excavation, il suffit

qu'il y peinte. S'il se perfore et s'ulcère, les produits septiques qu'il contient tomberent dans le pelvis.

Pathogénie et Etiologie. — Le siège anermal de l'appendice, sa longueur souvent accrue, de ce fait la difficulté plus grande dans la circulation de son contenu, la tendance aux rotations, aux tersions de l'organe, les froissements répétés, les irritations dues aux rapports anermaux des réserveirs, le veisinage congestif de la zone génitale au moment de la menstruation semblent être des facteurs prédispesants de l'infection dans le cas d'appendice pelvien.

Netre statistique neus a preuvé l'égalité de fréquence peur les deux sexes. L'âge le plus prédisposé est de dix à quiazo aas.

Anatemie pathologique. — L'intérêt de ce chapitre porte sur les topographies diverses que peuvent prendre les feyers appendiculaires :

1° Le foyer pelvien peut être primitif, péri-appendiculaire;

2° Il peut être secondaire, para-appendiculaire; dans ce cas. il succède au feyer iliaque appendiculaire à une époque rapprochée eu éloignée de l'infection primitive.

Les différents types d'appendicite ilio-pelvienne et pelvienne que l'en rencontre sent les suivants :

1° *L'appendicite ilio-pelvienne droite* est la ferme la plus fréquente; le foyer purulent est à cheval sur le détroit supérieur. Portien pelvienne et iliaque de l'abcès peuvent être largement commuaicantes eu seulement réunies par un étroit goulet.

2° Il existe *deux foyers complètement séparés*, l'un *iliaque* dreit, l'autre *pelvien*. Ils peuvent éveluer simultanément eu successivement.

3° *L'abcès pelvien* peut être supérieur ou inférieur.

4° *Les abcès pelvi-hypogastrique* et *pelvi-iliaque*. — Cette désignation indique que l'infection primitive en date a été pelvienne et que de ce peint la collection s'est développée en arrière et au-dessus du pubis, eu qu'elle a gagné une des fesses iliaques. Breca pense qu'un grand nembre d'appendicites gauches sent des appendicites à feyer primitivement pelvien.

L'abcès pelvi-bi-iliaque résulte de l'évolution d'un foyer pelvien qui vient déborder dans les deux fosses iliaques.

3° *L'abcès bi-ilio-pelvien* : l'infection, partie du côté droit, descend dans le bassin pour remonter dans la fosse iliaque gauche ou bien s'étend directement de l'une à l'autre fosse iliaque pour fuser ensuite le long du rectum. Il en résulte un ou plusieurs foyers.

Symptomatologie. — Les caractéristiques cliniques portent sur plusieurs signes :

1° *Douleur*. — Dans l'appendicite ilio-pelvienne, existence du point de Mac Burney, et d'un point douloureux pelvien, accessible par le toucher rectal. Dans l'appendicite pelvienne pure, le point de Mac Burney manque ; la zone douloureuse pelvienne existe seule, quelquefois avec irradiation du côté de l'hypogastre, ou même dans la fosse iliaque gauche.

2° Les *phénomènes pelviens* consistent en des douleurs irradiées au testicule correspondant, à la verge, à la région périnéale ; Pauchet a constaté l'érection de la verge.

Les troubles vésicaux consistent en ténesme, dysurie, pollakiurie, rétention ; ils sont fréquents.

Du côté du rectum, ténesme, constipation, quelquefois à type d'obstruction intestinale, diarrhée ; celle-ci peut alterner avec la constipation, mais elle prend un caractère pathognomonique lorsqu'elle s'accompagne de l'évacuation de glaires, de matières muco-membraneuses ou de pus.

3° *Examen du foyer appendiculaire*. — Nous insistons sur l'importance du toucher rectal combiné au palper abdominal, sur la nécessité de l'anesthésie chez certains enfants indociles.

Cet examen nous renseignera sur la topographie des lésions que nous avons déjà étudiées. L'évolution de l'abcès pelvien du côté de la muqueuse rectale entraîne des modifications de celle-ci : elle s'épaissit, perd sa souplesse, prend la consistance du carton mouillé, devient chaude et turgescente jusqu'au moment où l'abcès pelvien s'ouvre dans le rectum.

Evolution et Complications.

1° *Ouverture spontanée dans le rectum.* — Sur 9 cas, 6 se sont rapidement et heureusement terminés ; mais, comme le dit Broca, « il était à prévoir que l'œuvre de la nature ne serait pas toujours parfaite et que le foyer mal drainé pourrait être la cause d'accidents plus ou moins graves », ce qui obligera le chirurgien soit à agrandir l'ouverture spontanée rectale, soit à pratiquer des contre-incisions de l'abcès au niveau de l'abdomen.

2° *Ouverture spontanée dans le vagin.* — Elle est rare à cause de la grande épaisseur de la paroi vaginale, de sa résistance plus grande que celle du rectum et par les rapports peu étendus de l'abcès avec ce conduit en opposition avec ceux très larges que lui offre le rectum pelvien.

3° *Ouverture spontanée dans la vessie.* — Quelques observations en sont rapportées, mais sans précision sur la topographie de l'abcès appendiculaire.

4° *Péritonite généralisée par rupture spontanée de l'abcès pelvien.*

5° *Péritonite généralisée par diffusion de l'infection* au travers des adhérences qui limitent le foyer, soit que le chirurgien soit intervenu trop tard, ou qu'il ait méconnu l'abcès pelvien, soit que l'infection appendiculaire présente une virulence exagérée.

Nous avons noté certaines *complications à distance*, néphrite gauche consécutive à une poussée de cystite, abcès du poumon gauche, cholécystite suppurée, grand abcès du lobe droit hépatique.

Le voisinage de la zone génitale explique l'association de *lésions du côté des trompes et des ovaires* qu'on a rencontrées dans certains cas (Kirmisson, Jacob). Enfin, au décours d'une appendicite opérée, peut survenir *l'occlusion intestinale précoce*, due à des brides épiploïques, à des coudures d'anses intestinales fusionnées par la péritonite pelvienne plastique (Broca).

Pronostic. — Celui-ci a été envisagé diversement par les auteurs.

De l'analyse des 75 observations qui nous ont servi à l'édification de ce travail, il résulte que dans 55 cas la *guérison* a été obtenue soit spontanément (traitement médical, ouverture dans le rectum), soit chirurgicalement après une ou plusieurs interventions.

Sur 20 *morts*, 16 sont attribuables à la péritonite généralisée qui presque toujours existait au moment de l'intervention ou qui rarement succéda à l'acte opératoire; à la septicémie par évacuation incomplète d'un foyer purulent, à l'occlusion intestinale précoce, à la cholécystite suppurée.

Diagnostic. — Il convient d'être fixé sur la localisation exacte du foyer appendiculaire, sur ses rapports, d'une part, vis-à-vis de la paroi abdominale, d'autre part vis-à-vis du rectum, sur leur nombre, sur l'intégrité ou l'infection de la grande cavité abdominale.

Le cas qui semble présenter le plus de difficultés au point de vue diagnostic est celui d'une appendicite à foyer pelvien supérieur et profondément situé. Les signes vésicaux et rectaux, l'écoulement de pus par la vulve ou le rectum devront attirer l'attention du clinicien.

Traitement. — L'appendicite pelvienne et ilio-pelvienne évolue presque toujours vers la suppuration. Dans le cas d'abcès pelvien, certains chirurgiens redoutant, à juste raison, d'ouvrir à travers un péritoine libre une collection profonde, attendent que le foyer appendiculaire ait adhéré à la paroi abdominale; d'autres, se basant sur l'heureuse évolution spontanée de certains abcès s'ouvrant dans le rectum, temporisent également. Ce sont là des méthodes pleines de risques.

Procédés opératoires utilisés chez l'enfant :

1° La voie périnéale décrite minutieusement par Mauclaire (1895) a été employée par Dolanglade et Lagoutte.

2° La voie vaginale (ouverture du cul-de-sac postérieur) a été employée par Jalaguier, Tixier et Gauthier.

3° La voie rectale, employée pour la première fois en Améri-

que par Gœrster (1890), en France par Jaboulay (1896), a été bien décrite par Bérard et Patel. Dans 8 cas où elle a été employée chez l'enfant, la guérison fut obtenue complètement et rapidement.

Les avantages de cette méthode sont : simplicité du manuel opératoire, drainage au point déclive, absence d'infection de voisinage.

4° La voie abdominale comprend la laparotomie latérale ou médiane et la voie sous-péritonéale.

Si la laparotomie est d'une application facile dans le cas où l'abcès se trouve au contact de la paroi abdominale (appendicite ilio-pelvienne) elle pourra être plus aléatoire lorsque le péritoine sera libre au-devant d'un foyer profond.

La pompe chirurgicale aspiratrice a rendu des services à Morestin. Broca a agencé une collerette d'épiploon autour du drain qui plongeait dans le petit bassin. Il sera quelquefois plus prudent de rebrousser chemin pour prendre une autre voie (voie sous-péritonéale, voie rectale).

On a reproché à la voie abdominale d'être un danger pour la grande séreuse péritonéale, lorsqu'elle n'est pas protégée par des adhérences, d'être insuffisante pour le drainage.

5° Aussi certains chirurgiens ont-ils employé des voies mixtes :

a) Voie abdomino-vaginale (Polosson, Monod, Bérard et Patel).

b) Voie abdomino-rectale (Pauchet).

Cette dernière méthode a été employée quatre fois avec succès chez des enfants de 7 à 15 ans.

MÉTHODE DE CHOIX DANS LES DIFFÉRENTS CAS D'APPENDICITE PELVIENNE INFANTILE. LEURS INDICATIONS.

1° Abcès ilio-pelvien : Dans le cas d'abcès ilio-pelvien pénétrant peu dans l'excavation pelvienne, la voie abdominale est la méthode de choix.

En présence d'un abcès ilio-pelvien descendant jusqu'au fond du pelvis, le chirurgien aura le choix entre la voie rectale et la voie abdomino-rectale.

Dans le cas où l'une des voies abdominale ou rectale employée exclusivement serait insuffisante au point de vue du drainage, il serait indiqué de la compléter : c'est la méthode abdomino-rectale en deux temps.

2° Dans le cas d'abcès pelvien supérieur séparé de la paroi abdominale par un péritoine sain, on pourrait attendre, grâce au traitement médical classique, que l'abcès ait évolué soit vers la fosse iliaque, soit vers le rectum et intervenir rapidement à ce moment. Si l'intervention se posait urgente, on pourrait avoir recours soit à la voie sous-péritonéale, soit à la voie abdominale.

3° Dans le cas d'abcès pelvien comblant le Douglas on donnera la préférence à la voie rectale, bien supérieure aux voies vaginale et périnéale.

L'extirpation de l'appendice à chaud est d'autant plus difficile que celui-ci est profondément situé. On ne doit l'enlever que s'il se présente.

L'extirpation de l'appendice à froid devra toujours se faire par la voie abdominale.

En résumé, pas de procédé exclusif.

Qu'il s'agisse de voie haute, de voie basse (rectale), de voie combinée (abdomino-rectale), toutes donnent d'excellents résultats lorsqu'elles sont à temps et convenablement employées.

~~~

Appendicite pelvienne suppurée. Péritonite généralisée. Grand abcès du lobe hépatique droit. Opérations multiples : incision par la voie abdominale du foyer pelvien et drainage ; évacuation, après laparotomie, du foyer hépatique. Incident post-opératoire : corps étranger du foie (fragment de l'aiguille à ponction) ; hépatotomie. Guérison. *In* Thèse de Lapouble, Bordeaux 1905.

Dans cette thèse sur *Les abcès du foie d'origine appendiculaire*, que nous avons inspirée à notre élève et ami Lapouble, se
~~~

trouvent rapportées 6 observations d'abcès uniques opérés avec 5 guérisons (Loison, Delagenière, Massland, Sieur, Rocher), 5 observations d'abcès multiples opérés avec 5 morts. Cette opposition de résultats ne peut laisser de doute sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans les abcès uniques; mais, malheureusement, nous ne possédons aucun signe certain permettant d'affirmer l'unicité ou la multiplicité de la suppuration hépatique. L'observation que nous rapportons peut se résumer ainsi :

Une semaine après l'ouverture par la laparotomie latérale d'un foyer pelvien suppuré assez vaste, compliqué de péritonite généralisée, on vit s'élever progressivement la courbe de la température (fièvre à type rémittent), le pouls devient fréquent, l'état général mauvais, le teint terreux; jamais d'ictère; diarrhée abondante, noirâtre, fétide; muguet; diminution de la quantité des urines et hypo-azoturie, albuminurie, indicanurie, urobilinurie. Pendant ce temps, apparaissait une légère douleur dans l'hypocondre droit, le foie devenait très volumineux, la rate s'hypertrophiait. Vingt-cinq jours environ après le début probable de l'infection hépatique, nous évacuions après laparotomie latérale sus-ombilicale et à la troisième ponction exploratrice, dans un foie complètement libre d'adhérences, une collection d'un demi-litre de pus fétide grisâtre, situé à 6 ou 7 centimètres de profondeur, c'est-à-dire en plein lobe droit. Le pus hépatique contenait, comme celui de la péritonite généralisée, du coli-bacille. Les suites opératoires furent très mouvementées. En effet, une portion de l'aiguille à ponction qui avait été laissée à demeure pour assurer le drainage se détacha (dessoudure du tube fait de deux parties, action des antiseptiques). Plusieurs radiographies ne parvinrent point à localiser exactement le corps étranger pourtant visible; une large hépatotomie ne nous permit pas de l'extraire, mais eut pour but de désinfecter complètement le foyer infectieux; rapidement la plaie se ferma et le corps étranger s'enkysta. La guérison se maintient complète depuis septembre 1905.

Cette observation est donc un cas intéressant de chirurgie hépatique.

Appendicite pelvienne infantile. Thèse de P. Perreaux, Bordeaux 1905.

Ce travail contient trois observations qui nous soat personnelles.

Drainage transépiploïque ou marsupialisation épiploïque d'une collection appendiculaire profonde. Soc. d'anat. de Bordeaux, 19 mars 1906.

L'ouverture d'ua foyer appendiculaire, lorsqu'il est profondément situé, offre parfois des difficultés opératoires, notamment lorsqu'après incision de la paroi on tombe sur un péritoine pariétal sain non adhérent, séparé du foyer purulent par des anses intestinales libres.

A l'occasion du cas que nous rapportons, nous exposons quels sont les moyens dont dispose le chirurgien en pareil cas pour aborder le foyer appendiculaire: voie abdominale directe, voie sous-péritonéale, voie lombaire, opération en deux temps (nous n'envisageons pas la forme pelvienac). Or, dans le cas présent, nous rencontrions une disposition particulière du grand épiploon enveloppant le foyer appendiculaire et nous nous comportions vis-à-vis de celui-ci comme nous l'aurioas fait en présence de toute autre poche purulente profoade, inextirpable au milieu d'un péritoine sain. Nous avons marsupialisé l'abcès appendiculaire en fixant les lèvres de l'incision épiploïque à celles de la paroi abdominale.

La guérison survint après des suites opératoires des plus favorables.

Péritonite tuberculeuse. Injection de naphtol camphré. Crise d'épilepsie. *In* Thèse P. Colineaux, Bordeaux 1902.

A cette heure, où les méthodes conservatrices jouissent, avec juste raison, d'une si puissante vogue en matière de tuberculose articulaire, il convient que l'on soit sûr des liquides que l'on aura à injecter. Le naphtol camphré est depuis un certain nombre d'années assez malmené à cause des accidents qu'il a provoqués.

Ce travail contient une observation (Obs. I) des plus intéressantes : un garçon de neuf ans, atteint de péritonite tuberculeuse et opéré plusieurs fois, présente une fistule ombilicale par où déjà on a pratiqué diverses injections modificatrices.

A la suite de l'injection de 5 centimètres cubes de naphtol camphré, survint, deux heures après, une véritable crise d'épilepsie généralisée à tous les muscles du corps et s'accompagnant de perte complète de connaissance. Cette crise, des plus alarmantes, dura une heure et quart et céda surtout aux inhalations sous pression d'oxygène et au lavement de chloral. Un demi-coma de deux heures lui succéda. Les vomissements qui survinrent dans la suite contenaient du naphtol, et, les urines, du naphtol et du camphre dans des proportions progressivement décroissantes.

~~~

Volumineux papillome anal chez un enfant de treize ans. Soc. d'anat. de Bordeaux, 12 octobre 1903.

~~~

Imperforation ano-rectale. Intervention; guérison. Soc. d'anat. de Bordeaux, 8 décembre 1902. En collaboration avec le Dr Charrier.

~~~
~~~

ORGANES URINAIRES ET GÉNITAUX

Phlegmon périnéphrétique à contenu gazeux, développé chez un enfant de treize ans. Soc. d'anat. de Bordeaux, 12 octobre 1903.

Deux points sont à signaler dans cette observation. Tout d'abord, le contenu du phlegmon : gaz et pus étaient mélangés. Je fus un peu perplexe au début, craignant de me trouver en face de lésions intestinales importantes (ulcération et perforation du côlon). Le développement de gaz était dû à la présence de microbes anaérobies de provenance intestinale.

En second lieu, un traumatisme, suivi de troubles sensitifs et moteurs dans la zone du plexus lombaire, précéda de huit mois le phlegmon périnéphrétique. Ce long intervalle de temps n'est pas suffisant pour nier la relation étiologique entre l'abcès et le traumatisme; bien au contraire, je pense que celui-ci a déterminé dans la région lombo-iliaque que traversent les nerfs lombaires, et notamment le crural, un épanchement sanguin, lequel a amené, depuis son apparition, des troubles de compression ou d'irritation nerveuse jusqu'au jour où il s'infecta.

Cystotomie sus-pubienne chez une enfant de cinq ans et demi; extraction d'une épingle à cheveux [1]. Soc. de Pædiatrie de Bordeaux, juillet 1903.

L'intérêt de cette communication porte sur la nature de l'intervention qui a été pratiquée pour extraire de la vessie d'une enfant de cinq ans et demi une épingle à cheveux ordinaire (64 millimètres de long).

Depuis deux jours, l'enfant avait des hématuries; comme

[1] Cette observation est presqu'en tout point semblable à celle qui est le point de départ de l'important travail du professeur Gross sur « La cystotomie sus-pubienne chez les jeunes sujets ».

autres symptômes, elle accusait de la pollakiurie, de la douleur à la fin de la miction.

A son entrée à l'hôpital, des manœuvres d'extraction, infructueuses, furent tentées par l'externe. Il est très probable que celles-ci eurent pour résultat de faire basculer l'épingle, de la placer transversalement à cheval sur le col et même de l'enclaver dans le fond. Cette situation fut du reste reconnue au cours de notre examen par l'urètre à l'aide de l'explorateur métallique et du crochet de Guyon (à l'état de veille et sous le sommeil chloroformique), et surtout après ouverture de la vessie.

Toutes les manœuvres qu'il nous était possible de tenter par l'urètre, après dilatation extemporanée, ayant échoué, nous fûmes obligé de faire la cystotomie sus-pubienne, après incision transversale des téguments, de manière que plus tard la cicatrice fût masquée par les poils du mont de Vénus. Nous fîmes à la vessie une incision de 1 cent. 1/2 et, avec l'extrémité du petit doigt, nous dégageâmes l'épingle ; double surjet au catgut fin, prenant isolément la muqueuse et la musculeuse. Drainage aux crins de Florence de la cavité de Retzius. Guérison complète.

L'opération fut rapide, facile et des plus bénignes dans ses suites.

Notre observation est suivie de considérations sur le traitement des corps étrangers vésicaux chez l'enfant.

~~~~~~

Varicocèle infantile. Soc. d'anat. de Bordeaux, 9 septembre 1906.

C'est là une affection rare en chirurgie infantile, comme le prouvent les statistiques de Curling et de Landouzy, comme le dit Broca dans une de ses cliniques et comme l'atteste le silence des traités de pathologie infantile sur ce sujet.

Nous estimons néanmoins que si on recherchait cette affection sur un grand nombre d'enfants, on verrait la proportion de cette affection s'élever chez eux. De huit à quinze ans, en effet,
~~~~~~

le varicocèle peu volumineux au début de sa formation évolue insidieusement sans douleur, n'attirant nullement l'attention de celui qui le porte. Il est très probable que ces varicocèles débutent dans le jeune âge, sont d'origine congénitale; mais il nous est difficile, vu la rareté des examens anatomo-pathologiques à cet âge, de choisir entre les diverses théories qui ont été proposées : aplasie primitive de la paroi veineuse, insuffisance valvulaire congénitale, abouchement anormal de la veine spermatique, persistance anormale des veines trop nombreuses dérivant du corps de Wolff. Deux observations personnelles accompagnent notre travail.

Torsion congénitale de la verge accompagnée d'autres malformations des organes génitaux : valvule urétrale, atrophie du testicule droit.
Soc. d'anat. de Bordeaux, 3 juin 1906.

Les exemples de cette malformation bizarre du pénis sont excessivement rares. La torsion congénitale peut exister seule ou s'accompagner d'autres malformations telles que : hypospadias, incurvation de la verge, ectopie testiculaire, etc.

Le cas que nous rapportons est caractérisé par une torsion de la verge à gauche accompagnée de déformation du prépuce et du gland, de la présence d'une valvule urétrale dans la région glandaire et d'atrophie testiculaire droite.

L'urètre, dans la portion libre de la verge, siège à peu près à l'union de la face inférieure de celle-ci et de sa face latérale gauche [1] et reprend sa situation normale sur la ligne médiane au niveau de l'angle péno-scrotal.

[1] En admettant que, sur une section, on divise la circonférence de la verge en quatre segments égaux, supérieur, inférieur et latéraux (droit et gauche).

Epingle retirée de l'urètre d'un enfant de huit ans par l'urétrotomie externe. Soc. d'anat. de Bordeaux, 2 avril 1906.

Celle-ci était située dans la portion périnéo-scrotale de l'urètre et avait déjà transporcé partiellement la muqueuse par sa pointe. L'opération fut des plus simples. Suture de la muqueuse urétrale : réunion par première intention.

Disposition anormale et rare d'un canal vagino-péritonéal ; hydrocèle secondaire incluse dans un sac herniaire. Soc. d'obst., de gyn. et de pædiatrie de Bordeaux, 24 avril 1906.

La flèche indique sur ces deux figures la communication



Fig. 17 Fig. 18

entre la cavité du canal vagino-péritonéal et celle de l'hydrocèle secondaire.

Kyste dermoïde du prépuce. Soc. d'anat. de Bordeaux, 13 juin 1904.

Calcul vésical chez un enfant. Soc. d'anat. de Bordeaux, 12 décembre 1904. En collaboration avec M. Rabère.

Tuberculose vésicale chez une jeune fille de quatorze ans. Cystite tuberculeuse survenue au décours d'une tumeur blanche du genou. *In* Thèse L. Bignon, Bordeaux 1905.

Dans ce travail, sont rapportées deux observations personnelles de tuberculose de la vessie survenue chez des jeunes filles de quatorze ans et de dix-sept ans; dans le second cas, la malade était porteur d'une tumeur blanche du genou gauche depuis sept ans et les premiers symptômes de cystite tuberculeuse se révélèrent au moment où on constatait la guérison certaine de la lésion du genou.

Les lésions avaient été confirmées par l'examen bactériologique et cystoscopique.

La première a complètement guéri, grâce au traitement général, aux injections de liqueur de Frey et à un séjour à Arcachon. L'autre est morte de consomption, consécutivement à des lésions de tuberculose ascendante.

Prolapsus urétral. Soc. d'anat. de Bordeaux, 21 avril 1901.

Fillette de dix ans. Tumeur sessile, aplatie transversalement, insérée sur le vestibule entre le clitoris et l'orifice vaginal, rouge sombre, très enflammée, présentant à sa partie supé-

rieure, à gauche, un petit point de sphacèle; centrée par l'orifice de l'urètre. Irréductibilité de la tumeur.

Excision (Piéchaud). Guérison.

L'examen histologique démontra, au-dessous de la muqueuse enflammée, des ectasies veineuses assez importantes.

Tuberculose épididymaire chez l'enfant. Soc. d'anat. de Bordeaux, 14 décembre 1903. *Journ. de méd. de Bordeaux*, janvier 1904. Soc. de pædiatrie, 13 février 1906.

Ce travail est basé sur six observations personnelles, recueillies dans le service de notre maître le Professeur Piéchaud.

La tuberculose génitale est rare par rapport aux autres tuberculoses locales, si fréquentes chez les puéri-adolescents; le testicule est, en effet, un organe jouissant, à cette période, d'une vie latente, pourvu d'une faible vascularisation et, par conséquent, peu apte à recevoir l'infection sanguine. Jusqu'ici les travaux semblaient démontrer que le testicule était plus souvent primitivement atteint que l'épididyme. Notre travail va à l'encontre de cette idée puisque, dans toutes ces observations, l'épididyme fut soit primitivement soit exclusivement atteint par la tuberculose.

Celle-ci évolue d'une façon insidieuse, demande à être recherchée et est compatible avec un assez bon état général. A côté de cette forme chronique, nous signalons la forme à allure primitivement aiguë, la forme consécutive à la tuberculose péritonéale.

Chez les six enfants observés, la tuberculose a toujours débuté par l'épididyme, au niveau de la queue, mais dans l'Observation II elle remonte dans le cordon, jusqu'au trajet inguinal; dans l'Observation III, la vésicule et la prostate du côté correspondant sont tuméfiées et douloureuses; dans l'Observation IV, un abcès se forme dans la prostate, se vide dans l'urètre et, à la même époque, débute une tuberculose épididy-

maire du côté opposé. Lorsque le testicule a été trouvé intéressé, l'évolution des lésions nous a appris qu'il l'avait été secondairement.

Il existe souvent de l'hydrocèle, d'où possibilité d'une erreur de diagnostic si l'examen est rapide.

Les phénomènes inflammatoires apparaissent, en général, au moment où les lésions tuberculeuses ramollies vont s'abcéder. A ce moment, la peau rougit, l'abcès s'ouvre spontanément, une ou plusieurs fistules s'établissent; nous n'avons point assisté à la formation de fongus. Les ganglions inguinaux peuvent se tuméfier lors de l'envahissement du scrotum.

Dans cinq de nos observations la suppuration se produisit, mais les lésions peuvent subir la transformation fibreuse.

Il existe des différences entre l'épididymite tuberculeuse de l'enfant et celle de l'adulte. Les lésions semblent s'installer et évoluer plus rapidement, tout en restant circonscrites. L'envahissement de l'appareil séminal (vésicule, prostate) est excessivement rare et ces lésions évoluent dans l'ombre, rétrocédant parallèlement aux lésions épididymaires ou pouvant aboutir à la suppuration.

L'affection, en tant que *lésion primitive*, présente une bénignité pronostique évidente, due à la résistance de l'organisme atteint. Le plus souvent bien traitée, elle reste lésion locale; dans un cas, cependant, que nous avons observé depuis, l'enfant succomba à des lésions pulmonaires survenues secondairement.

Au contraire, la tuberculose épididymo-testiculaire *secondaire* est beaucoup plus sérieuse et son pronostic est en rapport avec la gravité et la multiplicité des foyers déjà existants (Obs. VI).

Le traitement institué a été celui de la tuberculose en général; au point de vue local, au début, nous avons employé la compression ouatée et l'immobilisation des bourses; à la période d'abcès ou de fistule, l'ignipuncture plus ou moins profonde et l'extirpation, dans certains cas, des masses caséeuses à la curette. Les résultats ont été très bons, en général; dans un cas, récidive des lésions dans un foyer scléreux (Obs. II).

La castration ne sera jamais pratiquée dans le cas de tuberculose épididymaire infantile. Nous sommes partisan de la chirurgie conservatrice chez l'enfant... En admettant même que l'épididyme soit détruit partiellement et le canal déférent oblitéré, on ne doit pas détruire la glande qui conserve sa fonction de sécrétion interne.

Hypertrophie compensatrice du testicule sain : symptôme de l'ectopie haute. *Bull. de la Soc. de pædiatrie de Bordeaux*, 9 juin 1903.

D'après l'examen de plusieurs enfants atteints d'ectopie testiculaire, il nous a semblé que lorsque le testicule était ectopié dans la partie toute supérieure du trajet inguinal ou lorsqu'il était impossible de le déceler, celui-ci étant probablement en ectopie iliaque ou abdomino-lombaire, le testicule normalement situé était accru de volume, venant ainsi suppléer l'organe ectopié dont le développement est, comme on le sait, imparfait.

Considérations sur le traitement chirurgical de l'ectopie inguinale. Nouvelle technique opératoire basée sur l'extension élastique du testicule, la funiculopexie inguinale et la dissociation du cordon. *Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 15 janvier 1906.

Notre travail, antérieur au dernier Congrès de chirurgie où a été traitée de façon si magistrale la question de l'ectopie testiculaire et de ses complications par Villard et Souligoux, se compose de deux parties : dans la première, nous faisons un exposé aussi complet que possible des différents procédés qui ont été préconisés contre cette malformation ; dans la seconde, nous décrivons une technique qui nous a donné de bons résultats.

I. — L'opération sanglante de l'ectopie testiculaire se compose de deux temps : la mobilisation du testicule et sa fixation.

1° Le premier temps comprend : la dissection du cordon, la libération des adhérences musculaires et fibreuses aux parois inguinales, la dissociation du cordon, c'est-à-dire la destruction des tractus fibreux contenus dans l'intérieur même de celui-ci et qui font obstacle à son allongement.

Lucas-Championnière et Mignon sont allés plus loin ; ils ont sectionné les vaisseaux spermatiques et les nerfs ; le premier gardant toutefois l'artère spermatique ou la déférentielle à côté du canal déférent.

Bidwell et Wood, le premier en séparant la queue de l'épididyme d'avec le cordon, le second, la queue de l'épididyme d'avec le pôle inférieur du testicule, ont voulu parer au raccourcissement du cordon.

Actuellement, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître l'importance de la résection du canal vagino-péritonéal dans l'abaissement du testicule.

2° Une fois descendu dans le scrotum, il fallait fixer l'organe.

a) Les uns fixent le testicule dans sa loge. L'orchidopexie scrotale employée isolément est une opération insuffisante et illusoire. Gasparini, Bérard, Sébilleau ont décrit des procédés spéciaux. Un des meilleurs est celui de Kirmisson. Villemin et Mauclaire ont fixé le testicule ectopié au testicule normalement descendu, l'un en laissant les deux vaginales intactes, l'autre en avivant les surfaces internes des albuginées.

b) Walther place le testicule ectopié dans la loge de son congénère.

c) La funiculopexie ou fixation du cordon spermatique a été faite, pour la première fois, aux piliers inguinaux par Tuffier en 1890, et, au pubis d'une part et à l'aponévrose des adducteurs de l'autre par Bayer, Peyrot et Souligoux.

d) Félizet rétrécit l'anneau inguinal externe avec des points d'or, de manière à pincer le cordon, à déterminer un varicocèle mécanique qui s'opposera à la rétraction de celui-ci.

e) Nélaton et Ombrédanne (1897) et Frank (1898) ont imaginé des procédés ostéoplastiques.

f) Nicoladoni (1895) et Finotti, Hermès (1904) ont fixé le testicule au périnée.

Keetley, Katzenstein (1903) ont fixé le testicule à la cuisse.

Cette fixation peut se faire soit directement, soit à l'aide d'un lambeau périnéal ou crural.

g) L'extension testiculaire au moyen d'un fil élastique (Tuffier, Bidwell, Lanz) ou non (Watson Cheyne, Annandale, Imbert), fixé soit sur la cuisse, soit sur un appareil métallique, a pour but de conserver et même d'augmenter l'abaissement du testicule.

Certains auteurs ont employé des méthodes mixtes en combinant ces divers modes de fixation.

II. — La technique opératoire que nous décrivons et qui nous

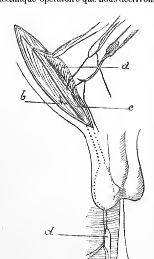


Fig. 19

a donné depuis d'excellents résultats repose sur la combinaison de la funiculopexie inguinale et de l'extension élastique testiculaire.

Elle comprend les temps suivants :

A) *Réduction de l'ectopie.*

1° Incision de la paroi abdominale.

2° Résection du canal vagino-péritonéal aussi large que possible, comme le conseille Riedel, comme l'a conseillé depuis Forgue.

3° Isolement et dissociation du cordon; descente du testicule.

B) *Maintien de la réduction.*

1° Transplantation du testicule dans sa bourse.

2° Funiculopexie inguinale au niveau des deux piliers, près de l'orifice externe.

Ces deux temps sont accompagnés de la réfection des parois inguinales, d'après le procédé de Bassini.

3° Extension élastique et continue du testicule; un ou deux crins de Florence fixent le testicule au fond du scrotum et les bouts libres seront attachés à un drain élastique dont l'extrémité inférieure sera épinglée à un bandage en tarlatane appliqué au-dessus du genou.

L'extension devra être conservée pendant quinze jours environ.

Toutes les fois que nous l'avons employée, elle a été peu ou pas douloureuse et n'a pas occasionné de tiraillements du côté des lombes ou de l'hypogastre.

En matière de malformation congénitale, l'idéal du chirurgien doit être de rechercher non point une transposition, mais une véritable réduction anatomique de l'organe. C'est pour cette raison que l'on doit s'appliquer à fixer l'appareil testiculaire dans sa loge et à ses parois.

La funiculopexie assure l'élongation du cordon dans sa portion située au-dessus de l'anneau inguinal externe, l'extension élastique renforce l'action de la funiculopexie; elle empêche la rétraction de la portion scrotale du cordon et augmente la capacité de la bourse en la forçant à s'adapter à son nouvel hôte. Ce procédé s'applique à l'ectopie inguinale en général; mais il

sera plutôt indiqué et donnera les meilleurs résultats dans les cas où la mobilisation de la glande aura présenté des difficultés et où, de ce fait, le maintien de la réduction exigera le plus de soin.

A propos du traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire chez l'enfant. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 22 avril 1906.

Dans le cas d'ectopie comme en matière de malformations congénitales en général, il existe des degrés; la technique opératoire que nous avons décrite dans le précédent travail n'a nullement la prétention de s'appliquer dans tous les cas; souvent la facilité de la réduction ne la nécessitera pas; quelquefois certaines dispositions de l'appareil testiculaire empêcheront de l'employer intégralement. L'observation suivante en est un exemple. Il s'agit d'un enfant de huit ans, atteint d'ectopie double interstitielle chez lequel nous sommes intervenu à gauche, en employant pour maintenir la réduction de l'ectopie l'*extension testiculaire seule* d'après notre modus operandi. Nous n'avons pu procéder à la funiculopexie inguinale, étant données la petitesse et la gracilité du cordon.

MEMBRES INFÉRIEURS

Décollement épiphysaire de la tête du fémur. Soc. d'anat. de Bordeaux, 21 avril 1901.

Décollement produit à l'occasion du saut d'une barrière chez un enfant de quatorze ans.

La radiographie montre les changements de rapports entre le col et la tête.

Ce décollement épiphysaire a été probablement favorisé par

des troubles congestifs se passant du côté du cartilage do conjugaison. L'enfant accusait depuis quinze jours des douleurs de croissance dans la hanche.

Fracture sus-malléolaire chez un enfant de dix-huit mois. Ostéotomies cunéiforme du tibia et linéaire du péroné. Redressement complet. Soc. de méd. ot de chir. de Bordeaux, 11 décembre 1903.

Dans la séance du 8 mai 1906 (Soc. de Pædiatrie de Bordeaux), nous avons saisi l'occasion pour rectifier notre erreur de diagnostic. Nous avions pensé, lors de notre communication, à une lésion traumatique, car l'accouchement avait été laborieux, la sage-femme avait tiré longuement et violemment sur le pied correspondant à la lésion, bien qu'il nous fût impossible de savoir au juste si la déformation avait été ou non causée d'une façon certaine par les manœuvres de l'accouchement. Depuis, notre opinion sur l'interprétation d'une telle lésion s'est modifiée. Cette déformation du pied en valgus talus très accentuée, cette coudure des deux os au tiers inférieur en forme de crosse de pistolet, sans la moindre apparence de cal, le raccourcissement de 4 centimètres pour la jambe seulement, coïncidant avec l'atrophie du pied et de la jambe sous-jacents au sillon profond qui étrangle la face externe du membre au niveau de sa coudure, tous ces faits plaident en faveur de l'origine congénitale. Il s'agit d'un de ces cas de *courbure congénitale de la jambe* qu'autrefois on étiquetait à tort, pour la plupart : fracture intra-utérine ou obstétricale.

Ostéomyélite du nouveau-né. Soc. d'anat. de Bordeaux, 28 septembre 1903.

Enfant de un mois, débilité, athrepsique ; foyer ostéomyélitique sur la face interne de l'extrémité inférieure du fémur.

Début insidieux, sans fièvre, sans les phénomènes généraux graves de l'estéomyélite.

L'intervention consista à inciser l'abcès (15 à 20 grammes de pus). Sclérème, hypethermie, mort.

Point de départ probable de l'infection : large plaie vaccinale suppurante. Lésions diaépiphysaires très localisées, intéressant sur une certaine épaisseur l'os et le cartilage épiphysaire (*voir fig. 20*).

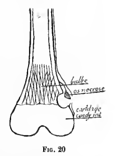


Fig. 20

L'ostéomyélite est rare chez le nouveau-né ; il faut retenir chez lui deux grandes portes de l'infection : la plaie ombilicale et les plaies vaccinales.

Ostéomyélite aiguë du pubis. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 14 janvier 1906.

A l'occasion d'une observation d'ostéomyélite aiguë de la branche ischio-pubienne survenue chez une jeune fille de treize ans que nous avons opérée avec le plus heureux résultat, nous étudions dans ce travail l'ostéomyélite du pubis. C'est une localisation rare, puisqu'il n'existe que quelques observations dues

à Demoulin, à Girard ; les autres sont contenues dans le mémoire de Secheyron.

Le développement du bassin aux dépens des trois points primitifs d'essification qui ne se soudent qu'après la puberté, l'apparition de points complémentaires au niveau du pubis (point de l'épine, point épiphysaire de l'angle, épiphyse marginale du bord inférieur de l'os) dont les zones d'ossification sont encore en activité jusqu'à l'âge de vingt à vingt-quatre ans nous expliquent bien qu'on ait divisé les ostéomyélites du pubis en prépubertique, pubertique et post-pubertique.

Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions sont variables : tantôt localisées à la branche ischio-pubienne et plus souvent à la branche descendante du pubis, tantôt au corps du pubis, tantôt s'étendant à tout le pubis (corps et branches).

Ces lésions peuvent être plus ou moins profondes. Soit celles-ci n'intéressent que le périoste et les couches superficielles de l'os, déterminant comme dans notre cas la production d'un mince séquestre en lame, soit la nécrose s'étend à une partie plus ou moins étendue du pubis. Des séquestres s'invaginent au milieu des couches osseuses de nouvelle formation, entretenant une suppuration chronique (ostéomyélite prolongée), ils peuvent même être éliminés dans la vessie (Ollier, Busch, Zwicke) et devenir le centre d'une formation calculeuse.

Au point de vue clinique, nous envisageons successivement la forme suraiguë, la forme aiguë, la forme atténuée, chronique d'emblée dont Demoulin a rapporté un exemple.

La forme aiguë, la plus fréquente, est caractérisée au début par une douleur assez nettement localisée, par un gonflement diffus, de la rougeur et une attitude spéciale des membres inférieurs. Plus tard, un abcès se forme, il proémine soit au-dessus et derrière le pubis, soit du côté de la partie supérieure et interne de la cuisse, dans le pli génito-crural.

L'examen devra toujours être complété par le toucher rectal et vaginal, car l'abcès peut être uniquement pelvien ou présenter un prolongement à la face interne du bassin qui ne serait pas diagnosticable sans lui.

Au point de vue du diagnostic, les auteurs signalent comme erreur possible l'abcès de la cavité de Retzius. A ce sujet, Demoulin dit : il paraît bien probable que certains abcès de la cavité de Retzius sont des ostéomyélites du pubis méconnues.

Plus difficile sera le diagnostic différentiel entre la tuberculose du pubis et certaines formes d'ostéomyélite chronique fistulisée ou d'ostéomyélite atténuée.

Le traitement devra être institué d'urgence et consistera dans l'incision jusqu'à l'os des parties molles, dans l'évacuation du pus accumulé entre lui et le périoste, dans la trépanation du pubis et même dans la résection d'une portion de l'os dans le cas d'abcès pelvien, de manière à faciliter le drainage.

Ostéomyélite aiguë du col du fémur. Interventions. Guérison. Soc. d'anat. de Bordeaux, 19 septembre 1904.

Il s'agit d'une enfant de quatorze ans que nous opérâmes, avec M. le Professeur Piéchaud, au treizième jour d'une ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur.

Tous les caractères cliniques et anatomo-pathologiques de cette affection se retrouvent dans cette observation.

Au moyen d'une large incision oblique postérieure, l'article fut ouvert et la tête réséquée.

Nous fûmes obligés, dans la suite, de pratiquer deux curettages pour une légère suppuration qu'entretenaient de minimes lésions de nécrose du col du fémur.

Deux ans après l'intervention, la néo-articulation possède une mobilité presque égale à celle de la hanche saine ; tous les mouvements s'y exécutent dans une étendue normale.

Cet heureux résultat est dû au traitement post-opératoire auquel nous attachons la plus grande importance : massage, mobilisation à l'état de veille ou sous anesthésie et, dans le cas particulier, usage de la machine à coudre.

Le raccourcissement de 5 centimètres est compensé par un soulier surélevé.

Cette observation est l'occasion pour nous d'insister sur l'importance de la résection de la hanche, mais il faut également savoir que celle-ci ne peut avoir la prétention d'être une intervention radicale, de dépasser le territoire des lésions osseuses et que, dans certains cas, on sera obligé de retoucher l'extrémité fémorale pour la débarrasser complètement des séquelles d'ostéite.

Ostéomyélite traumatique bipolaire de l'humérus à évolution atypique. Intervention. Guérison.

Soc. d'anat. de Bordeaux, 23 juillet 1906.

Nous avons eu l'occasion d'opérer quelques cas d'ostéomyélite bipolaire dans le service de notre maître M. le Professeur Piéchaud, et dans ce travail nous en rapportons deux concernant : l'un, une ostéomyélite bipolaire du péroné; l'autre, de l'humérus; ce dernier particulièrement intéressant à plusieurs points de vue.

Et tout d'abord, malgré les interventions successives pratiquées au voisinage des cartilages de conjugaison, chez une enfant de douze ans, en pleine croissance, nous ne relevons qu'un 1/2 centimètre de raccourcissement au bout de quatre ans; aussi, nous demandons-nous s'il ne s'est point produit au niveau du foyer d'ostéomyélite chronique de l'épiphyse inférieure une hyperactivité du cartilage de conjugaison aboutissant à un hyperaccroissement compensateur. L'évolution atypique de ce cas consiste en ce que les lésions ont présenté au niveau de l'extrémité supérieure la forme de l'ostéomyélite franchement aiguë, tandis qu'au niveau de l'extrémité inférieure elles présentaient celles de l'ostéomyélite chronique prolongée, l'infection des deux bulbes osseux, bien qu'inégale, ayant été, nous le croyons, simultanée.

A propos d'un cas d'ostéomyélite aiguë streptococcique à foyers multiples. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 21 octobre 1906.

Il s'agit d'un enfant de dix ans, qui fit quatre foyers d'infection ostéomyélitique (extrémité inférieure du fémur, maxillaire inférieur, 9e côte droite, malléole péronière droite) et une parotidite infectieuse d'origine streptococcique.

A l'occasion de ce cas, nous étudions dans ce travail deux points particuliers concernant l'histoire de l'ostéomyélite des adolescents : 1° la multiplicité de l'infection osseuse ; 2° l'infection streptococcique dans l'ostéomyélite.

1° La multiplicité de l'infection osseuse peut revêtir différents modes : tantôt elle frappe d'emblée et simultanément plusieurs points du squelette, tantôt elle les frappe successivement, soit à des intervalles assez rapprochés, soit à de longues distances (ostéomyélite prolongée à localisations multiples).

L'infection multiple d'emblée a le plus souvent une évolution aiguë : très rarement, elle évolue chroniquement d'emblée (Vallas et Vauthex).

L'infection peut atteindre deux épiphyses *symétriques*, elle peut encore se localiser aux deux bulbes d'un même os (ostéomyélite bipolaire). La multiplicité des foyers ostéomyélitiques pourra passer inaperçue, du moins en partie, d'où l'importance d'un examen très sérieux de tout le squelette, ou en imposer à des praticiens ignorants pour des localisations rhumatismales : d'où pronostic fatal le plus souvent dans le cas d'abstention chirurgicale ; notre observation en est un exemple : l'enfant fut conduit à l'hôpital dans un état lamentable d'infection profonde.

2° L'ostéomyélite streptococcique se présente avec certains caractères cliniques et anatomo-pathologiques qui ont été bien mis en lumière par les travaux de Lannelongue et Achard, de Courmont, de Jaboulay, de Lexer. Les lésions produites sur le squelette par les streptocoques et les staphylocoques ont entre

elles les plus grandes analogies. Les seconds cependant ont une affinité beaucoup plus grande pour le système osseux et frappent plus fréquemment et d'une façon plus intense les viscères (foie, rein, cœur, poumons); mais ce qui importe avant tout, au point de vue pronostic, ce n'est point tant la nature de l'agent que sa virulence, l'étendue et la multiplicité des lésions et surtout une thérapeutique rapidement et logiquement appliquée.

Ostéomyélite atténuée de l'extrémité inférieure du tibia. Intervention. Guérison. Soc. de Pæd. de Bordeaux, 24 novembre 1903.

Enfant de neuf ans. Poussée aiguë d'ostéomyélite qui semble avoir été enrayée par l'application de glace; nouvelle poussée inflammatoire, mais légère quinze jours après. Sur la face interne du tibia augmentée de volume, petit foyer fluctuant contenant du séro-pus (ponction exploratrice).

Intervention: périoste très épaissi, lardacé, contenant encore quelques gouttes de séro-pus; trépanation large: os épaissi, tissu spongieux très serré contenant des fongosités et, dans la cavité médullaire, petits séquestres ivoirés; curettage de la cavité médullaire. Au bout de quarante-huit jours, guérison et cicatrisation complète.

Le pus et les fongosités ne contenaient aucun microbe: stérilité démontrée par ensemencement (Ferré, Sabrazès).

On peut se demander, en pareil cas, si l'atténuation du processus ostéomyélitique, si la stérilisation du pus et des fongosités médullaires sont le fait de la réfrigération ou ne sont pas plutôt le résultat de la faible virulence des microbes et de la résistance du terrain sur lequel ils ont évolué. En tout cas, l'amicrobisme nous paraît ici secondaire.

Luxation congénitale de la hanche. Réopération après un premier insuccès. Réduction complète par la méthode de Lorenz. Soc. d'anat. de Bordeaux, 16 novembre 1903.

Luxation congénitale de la hanche. Soc. d'anat. de Bordeaux, 31 octobre 1904.

Luxation congénitale de la hanche droite. Réduction par la méthode non sanglante. Guérison. Soc. d'anat. de Bordeaux, 27 février 1905.

Ces trois observations concernent des enfants chez qui nous avons obtenu la réduction anatomique parfaite de la luxation, comme le prouvent l'examen clinique et la radiographie du bassin. La reconstitution de l'articulation est aussi parfaite que possible. Le résultat fonctionnel est excellent dans ces trois cas.

La pathologie de la hanche luxée de naissance. Etude de la luxation congénitale atteinte d'ostéo-arthrite tuberculeuse. Soc. d'anat. de Bordeaux, 23 juillet 1906.

Tout comme la hanche normale, la hanche luxée de naissance a sa pathologie; en effet, le rachitisme, la paralysie infantile, les infections aiguë et chronique peuvent se greffer sur l'état de malformation articulaire.

I. — Le rachitisme et la luxation congénitale de la hanche peuvent se superposer: le cas de Lannelongue, rapporté dans une de ses cliniques (1895, *Bull. méd.*), en est un exemple typique: têtes fémorales luxées plus volumineuses que normalement, forte incurvation en avant et en dehors des diaphyses fémorales, démarche lente et défectueuse.

Le traitement du rachitisme prime celui de la malformation

congénitale qui ne devra être mis en œuvre que lorsque les lésions rachitiques seront enrayées et qu'un meilleur développement osseux aura amené la correction partielle ou totale des courbures diaphysaires.

II. — Jaboulay a rapporté, à la Société de chirurgie de Lyon (1902), un cas de luxation paralytique développée sur une luxation congénitale de la hanche.

III. — Krause, de Halle (*Berl. klin. Wochens.*, n° 21, 1899, p. 484), a rapporté deux cas de suppuration catarrhale aiguë, due au streptocoque, développée dans des hanches luxées de naissance.

En présence d'une hanche luxée qui aura suppuré jadis, dans le jeune âge, il sera intéressant de chercher si l'on se trouve en face soit d'une luxation congénitale ayant été atteinte autrefois d'arthrite suppurée ou d'ostéomyélite du col du fémur, soit d'une ostéomyélite de la hanche ayant déterminé une luxation pathologique (Albert, Nové-Josserand, Kokinos, Ducroquet et Besançon, Lord, etc.).

IV. — La tuberculose greffée sur la hanche luxée a été mentionnée par Hoffa, Lorenz, Picqué et Mauclaire, Lannelongue, Nové-Josserand et Kirmisson, Broca, Derscheid-Delcourt (1901), Jouon (1904) en ont rapporté plusieurs cas. Coste (Lyon, 1899) lui a consacré sa thèse. Le nombre des cas mentionnés ou rapportés ne dépasse pas une vingtaine.

La rareté du développement de la coxalgie sur la luxation congénitale, affections pourtant toutes deux si fréquentes, reconnaît plusieurs causes : le défaut de pression directe entre les surfaces articulaires (Lannelongue) et surtout le ralentissement du développement osseux au niveau des épiphyses malformées (l'intensité du travail de formation osseuse déterminant, par la congestion osseuse qu'il occasionne, un *locus minoris resistentiæ*). On a invoqué également l'absence du ligament rond porte-microbes, fréquente à partir de quatre ans.

Cette association morbide se rencontre surtout chez des filles.

L'anatomie pathologique de l'affection ne présente aucune

particularité notable en dehors de la localisation spéciale des lésions.

Au point de vue clinique, on peut distinguer trois périodes :

Période de début : Apparition progressive de la gêne fonctionnelle, des douleurs, de la raideur articulaire, changement du type de la claudication.

Période des attitudes vicieuses : Le syndrome abduction et rotation en dehors manque en général ; dans le cas que nous rapportons, il existait, fait exceptionnel, une légère abduction combinée avec la flexion de la cuisse sur le bassin.

L'exploration de l'extrémité fémorale est gênée par la contracture ; les constatations au palper varieront suivant l'importance des lésions.

Période de suppuration :

La *radiographie*, toujours pratiquée, offrira de précieux renseignements.

Le *diagnostic* de coxalgie compliquant la luxation congénitale sera souvent difficile et devra être posé avec celui de coxalgie compliquée de luxation pathologique précoce.

Si cette dernière affection frappe un nourrisson, que les renseignements sur l'évolution des lésions manquent de netteté, le diagnostic sera en ce cas problème difficile à résoudre, attendu que l'enfant n'a pas encore commencé à marcher et qu'on ne sait pas s'il avait ou non la hanche luxée de naissance.

Le pronostic est sérieux : 1° au point de vue lésion coxalgique ; 2° au point de vue valeur fonctionnelle ultérieure du membre.

Le traitement de la hanche luxée atteinte de coxalgie ne diffère pas du traitement ordinaire de cette affection. Cependant certains auteurs se sont demandés si on ne pourrait pas tout d'abord réduire la luxation pour traiter les lésions coxalgiques ensuite.

La chose ne serait possible (Calot) que dans le cas de lésion bénigne ; mais il importe de savoir que dans le cas contraire le traumatisme opératoire aggrave rapidement les lésions (Broca) ; le traitement de la coxalgie prime celui de la luxation.

En présence de lésions cicatrisées on pourra essayer de réduire; en cas d'échec ou si on le prévoit, on devra, étant donnée l'attitude vicieuse, pratiquer le redressement progressif du membre au moyen d'appareils plâtrés successifs ou si impossibilité, dans le cas d'ankylose serrée, l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne.

La deuxième partie de ce travail est consacrée à l'étude d'un cas de luxation congénitale double de hanches compliquée de coxalgie à droite chez une fillette de six ans. Son histoire peut être ainsi résumée : à deux ans et demi, réduction non sanglante du côté droit, n'offrant aucune difficulté. Interruption au bout de trois mois du traitement, à cause de la difficulté des soins de propreté. Lésions de bronchite chronique pendant un an. A trois ans et demi, la coxalgie se greffe sur la hanche luxée droite ; trente et un mois après, les lésions paraissent guéries ou tout au moins en excellente voie de cicatrisation ; tentative de réduction de la hanche luxée tuberculeuse par la méthode non sanglante ; insuccès.

A la date de notre travail, c'est-à-dire neuf mois après cet insuccès, l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne s'impose contre l'ankylose de la hanche en abduction et nous présentons l'enfant à la veille de la subir.

Deux cas de hanche à ressort. Soc. d'obst., de gyn. et de pædiat. de Bordeaux, 23 octobre 1906.

Subluxation de la hanche consécutive à une fracture du sourcil cotyloïdien chez un enfant de treize ans. Considérations diagnostiques : Subluxation congénitale ou traumatique. Soc. d'anat. de Bordeaux, 12 février 1906.

Les anamnestiques, l'examen clinique, les rayons X même ne permettent parfois que très difficilement d'établir un diagnostic

exact, en matière d'affection ostéo-articulaire. L'observation que nous rapportons en est un exemple.

L'enfant en question ne se plaignait de boiterie et de claudication que *depuis un an*, ne se souvenait pas d'avoir subi de traumatisme important au niveau de la hanche.

Un léger aplatissement de la tête fémorale au niveau de sa partie supérieure, un agrandissement de la cavité cotyloïde pouvaient en imposer pour une malformation atténuée de la hanche, pour une subluxation congénitale, si la radiographie de M. le Professeur Bergonié ne nous avait montré un trait de fracture sur le sourcil cotyloïdien.

Luxation congénitale de la rotule. Soc. d'obst., de gyn. et de pæd. de Bordeaux, 10 janvier 1905.

Tant au point de vue clinique qu'opératoire, la luxation congénitale de la rotule est une affection intéressante. Depuis Singer (1856) qui le premier en a rapporté une observation certaine, les travaux de Zielewicz, de Bessel-Hagen, d'Appel, de Bajardi, de Steindler, de Zesas en ont mentionné un nombre progressivement croissant, puisque ce dernier auteur en rapporte 64 cas.

Bérard en communiquait dernièrement (Soc. de chir. de Lyon, 1904) un nouveau cas.

Toute une série d'interventions d'importance variable ont été pratiquées contre cette malformation: Résection capsulaire interne (Ménard, Brun, Bajardi), plissement capsulaire (Le Dentu, Hoffa), élargissement de la fossette intercondylienne (Polard, Lucas-Championnière), transplantation du ligament rotulien (Roux, Bérard), ostéotomie pour le genu valgum consécutif à la luxation, extirpation de la rotule (Fowler), arthrodèse (Nové-Josserand).

L'observation que nous rapportons dans ce travail concerne une fillette de sept ans, atteinte de luxation congénitale double

des rotules, luxation en dehors complète, mais intermittente, c'est-à-dire ne se produisant d'une façon complète qu'à certains moments, à l'occasion d'un faux pas, d'une chute, les rotules étant (le membre au repos) en position de luxation incomplète, plus accentuée toutefois à gauche qu'à droite. On constatait un développement anormal du condyle externe, caractérisé par une diminution de hauteur entraînant, à gauche, du genu valgum, un effacement de la lèvre externe de la trochlée et une moindre profondeur de la fossette intercondylienne, une torsion du fémur en dedans et du tibia en dehors, un relâchement des ligaments rotuliens et des aponévroses péri-articulaires, un état globuleux des rotules.

L'aspect du genou fléchi, la rotule étant complètement luxée, la gorge de la trochlée déshabitée, est des plus typiques. Cette malformation détermine des modificatiens dans la statique, dans la marche, la course et surtout dans la montée d'un escalier.

Nous avons pratiqué successivement sur ces deux genoux des interventions diverses dont la technique peut se résumer ainsi :

A *droite* : 1° Après arthrotomie sur le bord interne de la rotule, creusement de la trochlée fémorale en n'entamant que le cartilage; fermeture de la synoviale.

2° Plissement de la capsule articulaire.

A *gauche* : 1° Transplantation du ligament rotulien en dedans sur la face interne du tibia.

2° Plissement de la capsule articulaire sans arthrotomie.

Trois mois et demi après la première intervention, on constate une très grande amélioration dans la marche, la course, la montée des escaliers. Le genu valgum gauche a disparu. La radiographie démontre la reposition anatomique des rotules.

De la comparaison des résultats obtenus d'un côté et de l'autre nous concluons à la supériorité de la technique employée du côté gauche et, particulièrement, à l'importance de la transplantation du ligament rotulien recommandée par Roux et Bérard.

A propos de la pseudo-tumeur blanche dans l'hérédo-syphilis tardive. En collaboration avec M. Saucet. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 25 septembre 1904.

La syphilis héréditaire tardive détermine au niveau des articulations des arthralgies (Fournier), des arthropathies aiguës ou subaiguës (admises par Somma, Schuller, contestées par Kirmisson et Jacobson, Imbert, Hénoch, etc.), des arthropathies chroniques. Celles-ci comprennent l'hydarthrose double des genoux (Clutton), l'ostéo-arthrite simple ou pseudo-tumeur blanche, l'ostéo-arthropathie déformante (Méricamp, Moussous).

La pseudo-tumeur blanche, étant donnés les nombreux points de ressemblance qu'elle présente avec l'ostéo-arthrite tuberculeuse, peut donner lieu à une erreur d'interprétation jusqu'au jour où des symptômes révélateurs viennent éclairer le clinicien. Tel est le cas du malade dont nous rapportons l'observation très détaillée ; une attaque d'hémiplégie, l'aveu d'une syphilis professionnelle par la mère, courtière en nourrices, nous font subitement rectifier notre diagnostic.

L'allongement hypertrophique du membre (4 centimètres), le genu valgum par développement exagéré du condyle interne sont les deux points un peu particuliers à relater dans ce cas de pseudo-tumeur blanche ; l'on peut se demander, en effet, si l'hérédo-syphilis tardive ne peut être capable pour son propre compte d'engendrer, au même titre que ce qu'on désigne *rachitisme tardif* chez les adolescents, les lésions osseuses dia-épiphysaires du genu valgum ou du genu varum.

Enfin si l'on compare l'état actuel de l'articulation avec ce qu'il fut jadis, on voit que l'ostéo-arthrite, autrefois à type très net de pseudo-tumeur blanche, évolue aujourd'hui vers le type déformant de Méricamp.

Polydactylie et syndactylie. En collaboration avec M. Rabère. Soc. d'anat. de Bordeaux, 16 mai 1904.

La syndactylie portait sur les 3e et 4e orteils. Le doigt surnuméraire était constitué par une masse pédiculée, ne présen-

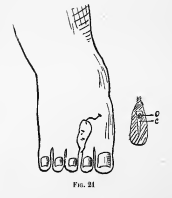


Fig. 21

tant pas d'ongle et contenant au milieu du tissu cellulo-graisseux une petite tige cartilagineuse présentant un noyau osseux à sa base.

Tuberculose du scaphoïde tarsien : scaphoïdectomie. Guérison. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 24 juillet 1904.

Malgré la très grande curabilité de la tuberculose osseuse et articulaire chez l'enfant par les traitements conservateurs, nous ne croyons pas qu'on doive écarter d'emblée, dans certains

cas et dans des lésions à leur début, le traitement radical, c'est-à-dire l'extirpation de l'os atteint ou son exérèse partielle.

De plus, étant donné le petit volume des osselets du tarse antérieur, la multiplicité et la communication des articulations entre elles, le danger d'une infection secondaire, généralisée à tout le massif tarsien, nous croyons qu'il y a lieu de circonscrire dans quelques cas la lésion bacillaire dès son début.

A l'appui de ces considérations, nous rapportons l'observation d'une fillette de sept ans, chez qui la guérison a été obtenue en un mois. La bénignité de l'intervention, le peu d'importance du sacrifice osseux sont en faveur de la scaphoïdectomie précoce. Le succès de l'opération dépendra aussi de la précocité du diagnostic.

~~~~~~

Pied bot valgus paralytique. Anastomose du jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros orteil. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 12 février 1904. En collaboration avec le Professeur Piéchaud.

La question du traitement chirurgical des paralysies infantiles partielles est aujourd'hui à l'ordre du jour en France et en Allemagne.

Le cas présent concerne un enfant de dix ans qui fut opéré à l'âge de quatre ans pour une paralysie isolée du jambier antérieur. Le procédé employé fut celui du Professeur Piéchaud: avivement, sur une longueur de 4 à 5 centimètres, des bords des tendons en rapport, double surjet à la soie sur les tendons, surjet au fin catgut des gaines synoviales, de manière à former un manchon séreux aux deux tendons suturés. Suture des téguments. La suppléance par l'extenseur propre est parfaite; le valgus a disparu: l'enfant marche sans gêne et court de même. La constatation d'un pareil résultat six ans après l'intervention est assez intéressante.

~~~~~~

Autopsie d'un fœtus hydrocéphale. Pied bot, mains botes. Soc. de pædiatrie, 27 mars 1901. En collaboration avec M. M. Lafond.

Contribution à l'étude d'une forme spéciale de brachydactylie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 décembre 1903.

La brachydactylie peut être congénitale ou acquise; dans cette deuxième catégorie, nous devons faire rentrer comme facteurs pathogéniques les lésions frappant les doigts ou les orteils, le métacarpe ou le métatarse (ostéomyélite, spina ventosa, ostéo-arthrite tuberculeuse) et les interventions chirurgicales pratiquées à leur niveau, qui agissent en détruisant leur zone d'ossification ou en diminuant leur activité.

Une forme toute particulière de brachydactylie acquise qui, nous le croyons, n'a pas été jusqu'ici spécialement étudiée, fait l'objet de ce travail ; elle concerne une jeune fille de treize ans qui, à l'âge de deux ans, fut atteinte d'un mal de Pott lombaire. De quatre à sept ans, traitement par l'extension dans l'appareil du Professeur Piéchaud.

On nota, durant l'évolution du mal de Pott, des troubles parétiques et sensitifs des membres inférieurs, un abcès par congestion dans la fosse iliaque gauche. De sept à neuf ans, elle porta un corset de Sayre qu'elle enlevait la nuit. Aujourd'hui l'enfant est complètement guérie : il n'existe qu'une très légère gibbosité lombaire.

La croissance s'effectua d'une façon manifeste entre dix et douze ans ; or, vers l'âge de dix ans, sa mère commença à noter une légère irrégularité dans la longueur des orteils. Pendant ces trois dernières années, au fur et à mesure que l'enfant grandissait et que les pieds se développaient, la mère a vu se confirmer davantage cette inégalité dans le développement des orteils.

Comme le montre la figure 22 [1], il y a brachydactylie au niveau des troisième et quatrième orteils gauches ; mêmes constatations sont faites pour le quatrième orteil droit. Cette malfor-

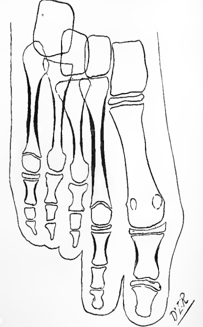


Fig. 22

mation est caractérisée par la diminution très nette de *longueur* des métatarsiens et des phalanges, la diminution de leur *volume*

[1] Reproduction demi-schématique de la radiographie.

(les métatarsiens paraissent plus grêles, les premières phalanges présentent une forme en sablier due à une excavation plus grande de leurs bords latéraux). Une diminution de volume s'apprécie également au niveau des phalangines et des phalangettes.

Tandis que l'extrémité distale du métatarsien paraît diminuée très nettement de volume, l'extrémité proximale en rapport avec le tarse a conservé son volume normal.

La couche de tissu compact diaphysaire est notablement diminuée d'épaisseur au niveau des métatarsiens et des phalanges intéressées; à leur niveau également, on constate la disparition de la traîne blanche représentant le cartilage conjugal, les travées osseuses se continuent directement de l'épiphyse dans la diaphyse. Enfin, notons la transparence plus grande du tissu osseux.

En résumé, ces lésions de brachydactylie sont surtout caractérisées par une diminution de longueur et d'épaisseur de certains os de l'avant-pied (métatarsiens et phalanges) due à une aplasie génératrice du cartilage conjugal et du périoste, probablement liée à l'action des toxines bacillaires, soit directement sur les éléments générateurs de l'os, soit par l'intermédiaire d'une lésion des filets nerveux trophiques.

Déformations très accentuées des membres inférieurs. Soc. d'anat. de Bordeaux, 11 juillet 1904.

MEMBRES SUPÉRIEURS

Subluxation de la clavicule chez un enfant. Soc. d'anat. de Bordeaux, 26 janvier 1903. En collaboration avec le Dr Charrier.

Paralysie infantile du membre supérieur gauche chez un enfant de deux mois avec réaction de dégénérescence. Soc. d'anat. de Bordeaux, 10 novembre 1902. En collaboration avec le Dr Guyot.

~~~~~

Paralysie infantile à type scapulo-huméral. Soc. d'anat. de Bordeaux, 7 décembre 1903. En collaboration avec M. Rabère, interne.

Troubles trophiques très marqués de la musculature et du squelette (omoplate, humérus), subluxation en bas très accentuée de la tête avec allongement de la capsule.

Toute intervention (arthrodèse, capsulorraphie) a été jugée inutile, car le bénéfice que le sujet en retirerait est aléatoire et peut-être ne pourrait-il plus obtenir de son membre *tous les services qu'il lui rend maintenant à l'aide des artifices vraiment ingénieux* dont il use.

C'est là un exemple typique de paralysie infantile dans lequel le chirurgien n'a aucune raison pour intervenir et ne doit pas intervenir. Cette abstention résulte de la comparaison que l'on doit faire entre l'état actuel du membre au point de vue fonctionnel et le résultat un peu hypothétique des opérations que l'on a à proposer.

~~~~~

Angiome caverneux de la face dorsale du poignet. Soc. d'anat. de Bordeaux, 11 mars 1902. En collaboration avec le Dr Guyot.

~~~~~

Malformations congénitales multiples ; 1° Luxation en arrière des deux radius; 2° Subluxation congénitale des deux hanches; 3° Pied plat talus valgus; 4° Hallux valgus. Soc. de pædiatrie de Bordeaux, 7 juillet 1903.
~~~~~

Un cas complexe de syndactylie totale s'accompagnant de retard dans le développement du membre supérieur. Soc. d'anat. de Bordeaux, 30 juillet 1906.

Les malformations congénitales des extrémités s'accompagnent presque toujours, lorsqu'elles sont graves, d'atrophie des segments sus-jacents. Le membre est plus court, il est plus grêle.

Dans certains cas de syndactylie, notamment, la malformation ne doit plus être considérée comme un simple vice local dans



Fig. 23

l'évolution, la fissuration du bourrolet digital et l'individualisation des doigts, mais comme une lésion complexe frappant la palette palmaire dans son ensemble ou quelquefois le bourgeon primordial du membre dans son entier, avec lésion maxima au niveau de son extrémité.

Le cas que nous rapportons en est un exemple.

Il s'agit d'une syndactylie totale s'accompagnant de fusion osseuse au niveau des extrémités phalangiennes, d'ectrodactylie, de l'hypertrophie de certains segments osseux. Cette lésion s'accompagne d'un retard de développement qui à deux ans et demi se chiffre par 7 centimètres de raccourcissement.

Intervention pour syndactylie totale. Libération du pouce. Soc. d'anat. de Bordeaux, 22 octobre 1906.

Nous relatons le manuel opératoire que nous avons employé. Le résultat a été excellent. Nous avons constaté très nettement une poussée de croissance du pouce consécutivement à sa libération.

Main bote gauche radio-palmaire avec lésions atrophiques de tout le membre. Soc. d'obst., de gynéc. et de pædiatrie de Bordeaux, 13 février 1906.

Il s'agit d'une lésion complexe et assez rare s'accompagnant non seulement d'absence complète du pouce et du radius, mais également d'atrophie de l'index et de son métacarpien, du cubitus et de l'humérus, de retard dans l'ossification du carpe, de raideur articulaire du coude avec, probablement, subluxation huméralo.

DIVERS

Tuberculoses osseuses multiples chez un bébé de seize mois, unguis, frontal, maxillaire inférieur, spina ventosa. Guérison. Soc. d'anat. de Bordeaux, 30 avril 1906.

En l'espace de seize mois, ce bébé subit 18 interventions. Ce

fait prouve avec quelle persévérance et quelle ténacité l'on doit poursuivre, jusqu'à leur destruction complète, ces tuberculoses osseuses multiples du nourrisson.

Gangrène disséminée de la peau à forme térébrante. Soc. de pædiatrie de Bordeaux, 9 juin 1903. Soc. d'anat. de Bordeaux, 9 juin 1902.

Cette étude est basée sur deux cas à allure clinique spéciale et à pronostic grave, concernant l'un un enfant de deux ans (après une rougeole), l'autre un bébé de quatorze mois (au cours d'une broncho-pneumonie après une opération de hernie).

Les faits importants dans nos deux observations sont l'étendue et la forme de cette gangrène, frappant de vastes et profonds territoires de tissu cellulo-graisseux, au-dessous d'une peau qui ne s'était sphacélée qu'à la partie centrale sur une petite étendue. La suppuration avait amené chez le premier le décollement des téguments de presque toute la moitié de la face.

Ces lésions sont dues très probablement à des embolies microbiennes.

A propos de deux cas de botryomycose chez l'enfant. Soc. de gyn., d'obst. et de pædiatrie, 10 juillet 1906.

La récente communication de Poncet (14 mars 1906) à la Société de chirurgie de Paris, le rapport de H. Hartmann (28 mars 1906) devant cette même assemblée nous engagèrent, à l'occasion de deux observations personnelles, à étudier cette singulière affection, chez l'enfant, d'autant que Legroux dans sa thèse (Paris 1904) écrivait que la botryomycose n'avait jamais été observée au-dessous de dix-sept ans.

Quelques observations depuis cette époque ont été publiées

par Villemin (fillette de onze ans), par Breca (2 cas : fillettes), par Rabère (garçon, quatorze ans).

A ces quelques faits, nous ajoutons deux nouveaux cas concernant : l'un, une fillette de treize ans, atteinte de botryomycose de l'extrémité de l'index gauche ; l'autre, un garçon de sept ans, présentant un botryomycome du volume d'un œuf de pigeon, siégeant dans la région pariéto-occipitale gauche.

Dans ce travail, nous rappelons que cette affection a été tout aussi bien notée au niveau des muqueuses (lèvres, langue, voûte palatine) qu'au niveau du revêtement cutané : la main et les doigts constituent les sièges d'élection. Elle peut apparaître soit spontanément (ou tout au moins en apparence), soit à la suite d'une plaie accidentelle ou chirurgicale, résultat de l'incision d'un abcès (troisième observation personnelle) ou d'un panaris (tantôt sur la plaie elle-même, tantôt sur sa cicatrice), soit à la suite de l'introduction d'un corps étranger.

Les théories pathogéniques basées sur l'existence d'un botryomyces ou d'un botryocoque, la théorie de la fibro-adénose sudoripare (Dor) sont aujourd'hui rejetées par la plupart des anatomo-pathologistes. On rencontre à la surface et dans le tissu de ces tumeurs le plus souvent le staphylocoque, quelquefois le streptocoque associé au staphylocoque et parfois du streptocoque exclusivement, comme dans un de nos cas dont nous devons l'examen à notre maître le Professeur agrégé Sabrazès.

Presque toujours on trouve ces microbes pathogènes associés à des bactéries diverses, originaires du cuir chevelu et de la peau.

La structure histologique de ces tumeurs leur a valu de Küttner la désignation de granulome télangiectasique, acceptée par Hartmann et Lecène, et l'examen anatomo-pathologique que nous rapportons justifie pleinement cette dénomination. Quoi qu'il en soit, on est encore peu fixé à l'heure actuelle sur le mode de développement de ces tumeurs.

L'extirpation en bloc au bistouri de la tumeur, de son pédicule et d'un petit territoire cutané qui entoure son insertion assure une guérison complète.

IV. — *MÉDECINE*

Anesthésie oculaire dans le tabes. Soc. d'anat. de Bordeaux, 1er mai 1899.

Cette communication est l'origine de travaux et de thèses sur un signe que j'ai le premier signalé : l'anesthésie oculaire à la pression, et que je classe dans la catégorie des anesthésies viscérales si souvent constatées dans l'ataxie. L'observation que je rapporte concerne un homme de quarante-huit ans, tabétique, chez lequel on pouvait appuyer fortement sur les yeux, les repousser dans le fond de la cavité orbitaire, sans provoquer la moindre douleur.

Note pour servir à l'étude des analgésies tabétiques. — Insensibilité des globes oculaires à la pression. *Revue neurologique*, décembre 1899. En collaboration avec le Professeur agrégé Abadie.

Nous avons observé, à maintes reprises, chez plusieurs tabétiques, l'insensibilité complète des globes oculaires à la pression. Comme tous les autres organes, l'œil possède une sensibilité spéciale à la pression, que l'on peut rapprocher dans une certaine mesure des sensibilités viscérales profondes. La pression violente et brusque des globes oculaires se traduit par une douleur aiguë, accompagnée de phénomènes lumineux intenses. Si la compression s'exerce progressivement chez un sujet sain, au travers des paupières closes, dans la direction des grands axes oculaires, elle provoque une sensation douloureuse *sui generis*, à laquelle le sujet cherche à se soustraire en se rejetant en arrière. En ce qui concerne les réactions douloureuses, les coefficients de sensibilité personnelle restent sensiblement égaux entre eux.

Il n'en est pas de même dans le tabes, et l'on rencontre chez les tabétiques des différences très marquées qui vont de l'hyperalgésie oculaire jusqu'à l'analgésie complète en passant par l'hypoalgésie plus ou moins marquée. Ces modifications de la sensibilité oculaire se rencontrent dans un peu plus de la moitié des cas de tabes observés. On constate surtout de l'hypoalgésie et de l'analgésie oculaire à la pression, l'hyperalgésie étant beaucoup plus rare. En rapprochant cette nouvelle analgésie des analgésies vésicales déjà connues dans le tabes par les travaux de Pitres, Rivière, Bitot et Sabrazès, Sicard, on peut dresser l'échelle de fréquence suivante :

Analgésie	testiculaire............	Observée dans	57 °/₀ des cas.
—	oculaire..............	—	48 —
—	mammaire............	—	54 —
—	épigastrique profonde...	—	44 —
—	trachéale.............	—	40 —

L'analgésie oculaire ne paraît pas présenter des rapports directs avec les troubles de la sensibilité conjonctivo-cornéenne, ni avec la tension intra-oculaire. Il est plus rationnel de penser à une altération matérielle ou fonctionnelle des nerfs sensitifs de l'œil ou de leurs noyaux d'origine.

L'étude de la sensibilité oculaire à la pression et de ses modifications dans le tabes et dans la paralysie générale a été complétée dans les thèses de M. Lemerle (Bordeaux 1900) et de M. Devillard (Bordeaux 1900).

Anomalie congénitale du rire. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 29 janvier 1904. En collaboration avec le Dr Debédat.

Jeune fille de quatorze ans. Facies normal à l'état ordinaire. Lorsqu'elle rit, la moitié supérieure du visage rit franchement, la moitié inférieure exprime très manifestement le pleurer. Le fait se note aussi bien sur une photographie que sur la malade

elle-même ; il suffit de masquer alternativement la partie du visage sus ou sous-jaconte à une ligne transversale passant par la moitié du nez. Il s'agirait peut-être d'une disposition particulière des noyaux bulbaires du rire et du pleurer qui sont très voisins l'un de l'autre et dont les effets peuvent s'entremêler, d'où les expressions : rire jusqu'aux larmes, rire jusqu'à en pleurer.

~~~~

Lymphadénome généralisé à marche rapide, ayant débuté probablement par l'amygdale pharyngienne. *In Traité des Tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes*, de F. Lagrange, t. II. Soc. d'anat. de Bordeaux, 1906.

M. Lagrange a rassemblé dans son Traité 25 observations de lymphadénome de l'orbite. L'une d'elles concerne un malade du service de M. le Professeur Piéchaud, âgé de six ans, qui se présenta à la consultation parce qu'il était gêné pour respirer.

On porte le diagnostic d'hypertrophie adénoïdienne et on procède à l'ablation des végétations quinze jours après ; les ganglions sous-maxillaires et angulo-maxillaires, qui avaient subi une légère augmentation de volume après l'opération, présentent tout à coup une explosion dans leur développement. Tous les ganglions se tuméfient successivement et progressivement. Le diagnostic est confirmé par M. Sabrazès d'après l'examen du sang et d'un ganglion.

Le point intéressant de notre observation est l'apparition d'un lymphadénome *au niveau des glandes lacrymales : yeux bouffis de grenouille, dus au gonflement des paupières qui sont également infiltrées par le tissu lymphadénique.*

Le traitement par injection intra-ganglionnaire de doses massives de cacodylate de soude n'a pas donné de résultat. Généralisation du lymphadénome dans les os, les ganglions médiastinaux, l'intestin, les viscères. Mort.
~~~~

Gommes tuberculeuses du foie. Soc. d'anat. de Bordeaux, 27 février 1899.

Gommes syphilitiques de la moelle. Soc. d'anat. de Bordeaux, 12 juin 1899.

Notes sur les causes de l'abaissement rythmique du larynx et de la dépression inspiratoire des espaces intercostaux chez les dyspnéiques. Soc. d'anat. de Bordeaux, 8 mai 1899.

Cassaët attribue la descente du larynx à l'existence d'adhérences pleurales unissant le diaphragme à la base du poumon, d'où entraînement de l'arbre bronchique, du larynx, au moment de l'abaissement inspiratoire du diaphragme. Constatant cette descente du larynx dans deux cas où la *suppression de la respiration diaphragmatique était complète*, nous en avons cherché les causes et sommes arrivé à cette conclusion : la descente du larynx dans la dyspnée est fonction du jeu de certains muscles inspirateurs accessoires : sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens, qui entraînent à chaque inspiration le larynx en bas, et d'une façon d'autant plus accentuée que la dyspnée est intense.

La dépression inspiratoire des espaces intercostaux ne tient pas toujours aux adhérences pleurales sous-jacentes ; elle peut tenir, au niveau des espaces inférieurs, à l'impossibilité pour le bord inférieur du poumon de descendre dans le sinus costo-diaphragmatique, élargi par l'écartement inspiratoire des côtes.

Un cas de cirrhose hypertrophique graisseuse d'origine tuberculeuse. Soc. d'anat. de Bordeaux, 3 juillet 1899.

Dans ce cas, la tuberculose hépatique a revêtu une marche aiguë et évolué sous le masque de l'ictère grave ; histologique-

ment, dégénérescence graisseuse de la totalité du parenchyme, léger degré de sclérose périportale, présence de quelques follicules tuberculeux.

Cancer primitif et tuberculose fibreuse du poumon. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 8 octobre 1899. En collaboration avec le Professeur agrégé Cabannes.

Cette observation tend à démontrer que l'on peut voir se développer sur un même lobe pulmonaire de la tuberculose et du cancer, maladies entre lesquelles on avait voulu établir autrefois un antagonisme que n'ont pas justifié les études ultérieures. Cette coexistence de sclérose et de cancer, qui n'est pas rare dans certains organes (foie, reins), se présente quelquefois dans le poumon ; les cas de Friedlander, de Menetrier, de Leplat, le nôtre le prouvent surabondamment. De plus, il semble ressortir de ces quelques faits que la sclérose pulmonaire a une action sur l'éclosion du cancer primitif ou secondaire de ces organes. Il est possible, et on cela nous nous rangeons à l'hypothèse de Menetrier, que l'irritation constante imprimée par le tissu de sclérose sur les cellules pulmonaires est susceptible de les modifier, de les ramener à l'état cubique embryonnaire, ce qui les rendrait plus aptes à faire du cancer.

Artérite coronarienne droite; angine de poitrine; mort. Soc. d'anat. de Bordeaux, 26 novembre 1900.

PUBLICATIONS DIVERSES

Leçons de clinique chirurgicale, par O. M. Lannelongue. — Analyse dans la *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 29 juillet 1906.

Leçons cliniques de chirurgie infantile. Deuxième série, par Broca. — Analyse dans la *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 7 mai 1905.

Précis d'orthopédie, par Nové-Josserand. — Analyse dans la *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 23 avril 1905.

Technique du traitement des tumeurs blanches, par Calot. — Analyse dans la *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 25 novembre 1906.

Précis de chirurgie infantile, par E. Kirmisson. — Analyse dans la *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 4 février 1906.

TRAVAUX INSPIRÉS

1. *L'ostéomyélite du pubis.* Thèse de Laporte, Bordeaux 1906.
2. *Etude sur les abcès du foie d'origine appendiculaire.* Thèse de M. Lapouble, Bordeaux 1905.
3. *Des tumeurs primitives du muscle masséter.* Thèse de J. Dudon, Bordeaux 1904.
4. *Des corps étrangers de la vessie chez l'enfant. Diagnostic. Extraction.* Thèse de L. Duvard, Bordeaux 1903.
5. *Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez l'enfant et son traitement.* Thèse de U. Fulconis, Bordeaux 1903.
6. *Contribution à l'étude des fractures du carpe. Etude anatomo-pathologique.* Thèse de C. Mourgues, Bordeaux 1902.
7. *Les kystes congénitaux de la région sternale.* Thèse de Poingt, Bordeaux 1905.
8. *Appendicite pelvienne infantile.* Thèse de P. Perreaux, Bordeaux 1905.
9. *Contribution à l'étude des kystes salivaires de la parotide.* Thèse de P. Pottier, Bordeaux 1905.
10. *De la valeur de la funiculopexie et de l'extension élastique dans le traitement de l'ectopie testiculaire inguinale.* Thèse de Espinasse, Bordeaux 1906.
11. *Des kystes dermoïdes de la région mammaire.* Thèse de Fauquet, Bordeaux 1901.
12. *La sensibilité oculaire à la pression et ses modifications dans le tabes.* Thèse de F. de Merle, Bordeaux 1900.

TABLE DES MATIÈRES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Imprimerie Moderne, 8, rue Paul-Bert. — Bordeaux.